

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 13

N° 4

AVRIL 1948

## COMMUNICATIONS

---

### DE QUELQUES NOUVEAUTÉS EN CHIRURGIE

par

Amyot JOLICŒUR

*Assistant en chirurgie à l'Hôpital des Anciens Combattants*

---

Les techniques opératoires ont bien peu changé, depuis quelques années ; ce sont surtout les principes chirurgicaux qui ont été modifiés, parce que les chirurgiens ont fait progresser leur art en soumettant de plus en plus leurs techniques aux lois de la physiologie.

Ainsi, durant la guerre, certaines attitudes ont disparu : la tendance aux interventions chirurgicales hâtives a progressivement été mise de côté, depuis que le traitement de l'état général du malade s'est imposé comme une nécessité primordiale. Le temps est devenu un facteur d'importance secondaire ; on donne actuellement la prépondérance au traitement du choc. Dans les cas de perforation de viscères abdominaux, beaucoup de blessés ont été guéris, non seulement parce qu'on s'est efforcé de les opérer le plus tôt possible, mais surtout parce qu'on a cherché à utiliser tous les moyens de les bien préparer à l'acte opératoire (1). Déjà, en 1942, Bower, de Philadelphie, après une étude de

1,080 cas de perforation d'un viscère abdominal, affirmait que le temps délibérément employé à l'hôpital, avant l'intervention chirurgicale, à faire un diagnostic et certaines recherches de laboratoire et à traiter l'état de choc avait été la cause primordiale de la réduction du taux de la mortalité (2).

#### DES ADJUVANTS DE LA CHIRURGIE

Les équipes médicales qui se sont occupées si efficacement, durant la guerre, des transfusions sanguines, à un moment où il se donna une quantité incroyable de sang, non seulement dans les hôpitaux militaires, mais même sur les premières lignes du front, firent plus pour sauver des vies humaines que tout autre facteur. Cette pratique est due aux conceptions médicales modernes, et il faut féliciter la Croix Rouge d'avoir réorganisé ses cliniques de donneurs de sang, et les différents hôpitaux d'avoir établi des banques de sang et de plasma et des listes de donneurs de sang éventuels. Actuellement on emploie, en plus du sang et de ses dérivés, les acides aminés intraveineux qui ont déjà fait leurs preuves.

Grâce à ces substances, grâce à ces méthodes de laboratoire et grâce à une technique anesthésique beaucoup mieux comprise qu'autrefois, le choc chirurgical est une expression qui disparaîtra peut-être de la nomenclature médicale. Il ne s'agit plus, en effet, de le traiter, mais bien de le prévenir.

Le chef de laboratoire, l'anesthésiste, le médecin et le chirurgien doivent travailler en collaboration. Un malade est bien préparé à supporter une intervention chirurgicale quand il a été bien examiné par un médecin et que les examens de laboratoire ont donné une image précise de l'équilibre physiologique de ses humeurs et de ses organes vitaux. Lorsque le malade est confié aux soins de l'anesthésiste, c'est à ce dernier qu'il incombe, pendant et après l'acte chirurgical, de continuer le traitement préventif du choc. Une salle spéciale de réanimation est à la disposition de l'anesthésiste et celui-ci y trouve tous les agents thérapeutiques dont dispose la médecine pour éliminer toute possibilité d'accident postopératoire. On ne devrait plus avoir à craindre le blocage du rein, qu'il soit dû à une transfusion incompatible, aux sulfamidés ou à une autre cause inconnue, telle que le choc hépato-rénal.

Encore a-t-on réussi, récemment, à sauver des patients par l'irrigation péritonéale avec des solutions de sels minéraux ou de glucose auxquelles on ajoute de la pénicilline et de l'héparine (3).

Un traumatisme chirurgical intempestif peut nuire au malade, bien loin de l'aider. Le traitement de l'appendicite nous en fournit un exemple. Il reste impérieusement chirurgical, au début de la maladie ; mais quand nous voyons le patient trop tard, soit après quarante-huit heures, et que nous sommes en face d'un abcès ou d'une péritonite généralisée, quand le patient est prostré, pour tout dire, ne faudra-t-il pas, d'abord, lui donner toutes les chances de combattre un nouveau choc avant de l'opérer ? Déjà, même avant la pénicilline, Ochsner avait préconisé un traitement d'expectation de la péritonite, grâce à des adjuvants précieux comme les solutions glucosées, le sang, le tube de Miller Abbott, etc. Crile, de Cleveland, nous démontre que, maintenant, la pénicilline nous fournit une raison de plus d'attendre, puisqu'il nous présente une série de vingt-cinq patients souffrant de péritonite généralisée, guéris par des doses massives de pénicilline de 100,000 unités, toutes les deux heures, pendant trois ou quatre jours (4). Lors du dernier congrès de l'*American College of Surgery*, Seely rapportait la guérison de cinquante-sept cas de péritonite traités par la streptomycine seule, ou mieux, combinée à la pénicilline ou aux sulfamidés. Cela nous montre bien l'importance que doivent jouer, dans notre raisonnement chirurgical, les nouveaux adjuvants thérapeutiques qui sont venus prêter main-forte à la chirurgie pour la rendre de moins en moins dangereuse (5).

Parfois le chirurgien adoptera une attitude 'expectante ; d'autres fois, il sera, par contre, plus audacieux et se permettra, par exemple, de faire des sutures secondaires des plaies ou des greffes en des milieux plus ou moins propres ou aseptiques. Le chirurgien espère que la chimiothérapie lui permettra d'appliquer, dans la pratique de son art, une des lois de la chirurgie qui lui commande de fermer une plaie en dedans de cinq jours, c'est-à-dire avant que la cachexie tissulaire n'ait eu le temps de se constituer. Et cette intervention est importante, puisque la guerre a prouvé (une étude de 721 plaies par Lowry et Curtis le démontre bien) que l'intervalle de temps qui s'écoule entre la production

d'une blessure et sa fermeture influe plus sur sa guérison et sur la qualité de sa cicatrice que sa gravité même ou tout autre facteur. De même, il faut se rappeler, à propos des brûlures, surtout quand elles sont du troisième degré et étendues, que la peau reste encore le meilleur des pansements et que le plus tôt on pourra y appliquer des greffes, le plus tôt on permettra à un patient de guérir. Le temps optimum de greffage se situe au dixième jour, alors que les réserves nutritives de la peau se sont rétablies et qu'elles sont probablement plus considérables qu'elles ne le seront ultérieurement, grâce à la thérapie antichoc que le malade a reçue, et avant qu'une infection trop étendue ait eu le temps de se développer. Il suffit d'exciser tout le tissu mort, de laver la plaie avec du sérum et d'appliquer des fragments d'épiderme taillés en forme de timbres-poste, de faire un pansement un peu compressif humecté avec du sérum salé et de donner de la pénicilline ou un autre produit nouveau, l'uréthane-pénicilline. Il faut éviter la cachexie des tissus : voilà un des plus importants principes de la chirurgie moderne. Nous aurons l'occasion d'y revenir (6).

Le professeur Florey disait, à Londres, que la pénicilline ne devait pas changer les principes de la chirurgie et qu'il faut toujours, en premier lieu, nettoyer une plaie de tout le pus qu'elle peut contenir. Mais il faut savoir s'y prendre de la bonne manière. Nous avons vu, à Paris, à Port-Royal, que tous les abcès du sein étaient traités avec succès par de simples aspirations du pus suivies d'injections de pénicilline. On ne risquait jamais de diminuer, par une vilaine cicatrice, l'esthétique de la glande mammaire. Actuellement, on s'efforce de traiter beaucoup d'infections locales par des doses massives de l'antibiotique et cette thérapeutique est appliquée bien avant l'apparition de la fluctuation (7).

Il y a encore les sulfamidés qui, après avoir été très employés, sont, de nos jours, plus ou moins délaissés. Ils rendent encore de grands services.

Dans le numéro d'octobre 1940 de la revue *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Pemberton, de la Clinique Mayo, écrivait : « Les changements qui sont survenus dans la chirurgie du côlon, depuis l'introduction de la chimiothérapie, ont été aussi spectaculaires et aussi révolutionnaires que ceux qui ont été apportés par l'iodothérapie dans la chirurgie du



goître toxique » (8). Entre 1934 et 1945, à la Clinique Mayo, toutes les interventions chirurgicales sur le côlon ont été faites dans des conditions de travail identiques quant à la technique opératoire et au traitement pré ou postopératoire. Une seule modification y a été apportée, en 1939 : l'emploi de la chimiothérapie. Or, le taux de mortalité, avant 1939, était de 15 à 20 p. cent ; et, en 1940, il était de 5 p. cent. Une des principales conséquences de cette thérapeutique fut de faciliter le traitement des diverticules du sigmoïde et il est maintenant sage d'intervenir chirurgicalement dans cette maladie, avant qu'une complication ait pu se produire. A la Clinique Mayo, on procède par étapes : en un premier temps, on effectue un abouchement du côlon et, en un deuxième temps, six à douze mois plus tard, on fait la résection. Ce procédé opératoire qui était grevé d'une mortalité de 13.6 p. cent, avant la chimiothérapie, n'entraîne plus de mortalité, depuis 1942. Les chirurgiens de la Clinique Mayo emploient du sulfasuxidine, *per os*, à la dose de 12 à 15 grammes par jour, pendant trois à cinq jours. On vient d'ajouter à l'emploi de la sulfasuxidine, de la guanidine et de la thalidine, l'administration par la bouche de la streptomycine qui s'est montrée fortement bactéricide pour la flore intestinale. D'après les travaux faits à Philadelphie, la streptomycine, en ingestion, n'est pas toxique et elle est très peu absorbée, 95 à 98 p. cent du médicament étant retrouvé dans les fèces. Cependant, si elle est plus efficace que les sulfamidés, son action peut être réversible après soixante-douze heures ; c'est pourquoi, il vaut mieux l'associer aux sulfamidés et ne pas l'employer pendant plus de soixante-douze heures.

Il y a encore d'autres adjuvants qui peuvent aider le chirurgien, tels que la thrombine en application locale (Oxycel, Gelfoam, etc.) pour l'hémostase des suintements hémorragiques (9). La thrombine en application locale est précieuse en chirurgie plastique, car, en plus d'aider à une hémostase en nappe, elle favorise aussi un meilleur accollement des lambeaux cutanés.

Au tube Miller Abbott, qui a permis de guérir tant d'iléus paralytiques, comme le tube de Levine l'avait fait pour les dilatations aiguës de l'estomac, vient de s'ajouter le tube de Harris qui est unicanaliculaire et

qui possède une poche contenant deux centimètres cubes de mercure. Le tube de Harris serait plus facile à introduire (10).

La chirurgie a aussi fait des progrès dans certaines de ses méthodes de diagnostic en utilisant la péritonéoscopie, les biopsies par ponction (11), et surtout en exploitant la découverte de Papanicolaou. En gynécologie, ce dernier a mis au point une méthode d'examen cytologique des sécrétions vaginales permettant de déceler les cellules cancéreuses dans les cas de cancer du col au début. On appliqua rapidement cette technique à l'étude des lésions de tous les viscères creux et, au dernier congrès de l'*American College of Surgery*, on a présenté des travaux fort encourageants sur l'emploi de la méthode de Papanicolaou dans le diagnostic des lésions de l'estomac, du rectum, et de la vessie (12). Wiseman et ses collaborateurs, de Boston, firent des recherches identiques dans tous leurs cas de proctoscopies suivies de résections et, chaque fois qu'il eurent à traiter un cancer, des cellules cancéreuses avaient été mises en évidence, auparavant, par l'étude au microscope des prélèvements. Ulfelder, de Boston, obtint les mêmes résultats dans les cancers de l'estomac. Il présenta vingt-quatre cas où l'aspiration gastrique, dans des cas de cancer, avait fait voir, chaque fois, des cellules cancéreuses, surtout dans les cas de cancer au début.

#### CHIRURGIE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Il convient de mentionner les grands noms de la chirurgie. « The war has made the heart a surgical organ. — Depuis la guerre, le cœur relève de la chirurgie », écrit Deterling, de Rochester, dans les *Archives de chirurgie* d'août 1947 (13). Pendant la guerre, on a, en effet, rapporté de nombreux cas de suture de plaies et d'extractions de corps étrangers des parois du cœur. Dans d'autres circonstances, on est parvenu à faire la réanimation du cœur par le massage direct, au cours d'interventions qui s'avéraient dangereuses pour la vie du malade. On connaît les deux méthodes de massage cardiaque : 1° celle de *Nicholson*. On fait une boutonnière en arrière de l'apophyse xyphoïde, entre les deux insertions du diaphragme. On introduit dans cette ouverture le pouce de la main droite, et le cœur est comprimé entre le pouce qui est en haut

et la main qui est restée sous le diaphragme ; 2° la main droite restant sous le diaphragme, la contre-pression peut être exercée par l'autre main placée sur les dernières côtes gauches. Avec l'aide de l'anesthésie dirigée, la chirurgie thoracique et la chirurgie médiastinale, celle du cœur en particulier, ont connu un tel essor qu'on ne peut, dans un aussi court exposé, que mentionner les nouvelles techniques opératoires qui ont été préconisées, celles, par exemple, qui sont utilisées dans l'ablation du cancer de l'œsophage, etc. En chirurgie vasculaire, on connaît les anastomoses sans suture, de Blakemore, qui ont été rendues possibles grâce à son ingénieux tube de vitalium ; les anastomoses veineuses spléno-rénales ou l'anastomose porto-cave, dans les cas d'hypertension portale ou de maladie de Banti ; les anastomoses ayant pour but le traitement des sténoses et des atrésies de l'aorte thoracique ou de l'artère pulmonaire ; l'artérialisation de la grande veine cardiaque, dans les cas de thrombose et de sclérose de l'artère coronaire gauche, suivant la technique de Fauteux ; l'opération de Gross et Blalock, dans le cas de persistance du canal artériel ; enfin, les différents procédés thérapeutiques utilisés dans les thrombo-phlébites ou les embolies artérielles compliquées d'embolies pulmonaires (14, 15 et 16).

Quand il y a persistance du canal artériel, le sang va de l'aorte à l'artère pulmonaire et il en résulte une fatigue cardiaque qui s'accroît jusqu'à la décompensation, après avoir, d'abord, provoqué une diminution du développement général de l'enfant et parfois une endocardite sub-aiguë. Ce sont là trois indications opératoires qui ont de l'importance, puisque, d'après l'étude de quatre-vingt-douze cas d'Abbott, l'âge des patients à leur mort était en moyenne de vingt-quatre ans. Et depuis 1940, alors que Touroff fit avec succès la première ligature du canal dans un cas d'endartérite, plusieurs autres cas de guérison ont été rapportés. Dans les mains de Gross, l'opération fournit une mortalité de 10 p. cent. Il pénètre dans la plèvre médiastinale antérieure en passant par le deuxième ou le troisième espace intercostal. L'isolement du canal artériel est le temps opératoire dangereux ; puis, on en fait la ligature en continuité, selon Blalock, ou on la divise, suivant la technique de Gross. On ferme la plèvre et l'anesthésiste vérifie les pressions intrapulmonaires.

Dans les thrombo-phlébites des membres inférieurs on peut utiliser trois traitements différents : 1° les blocs sympathiques ; 2° les anticoagulants, tels que l'héparine ou le dicoumarol associés à la papavérine ; 3° enfin, la ligature de la veine fémorale, ou même de la veine cave inférieure, suivie parfois, de thrombectomie. Les trois méthodes peuvent être employées en même temps. Dans les cas d'embolie d'une artère périphérique, Wetherell a préconisé le procédé suivant : un antispasmodique, tel que la papavérine est donné et le site de l'embolus est repéré. L'héparine et le dicoumarol sont aussi employés. Si le spasme persiste, des blocs paravertébraux ou sympathiques peuvent être faits. En dernier lieu, si la thérapeutique précédente ne réussit pas, il faut tenter une embolectomie sous anesthésie locale. Leriche préconise l'artériectomie dans certains cas où la thrombo-phlébite est étendue, afin de supprimer les réflexes artério-artériels vasoconstricteurs de la circulation périphérique.

L'embolie pulmonaire reste la complication sérieuse à craindre en chirurgie ; il appartenait aux chirurgiens de la combattre énergiquement. Leriche recommande un bloc stellaire ou une injection intraveineuse de novocaïne ; on arrive ainsi à faire relâcher le spasme collatéral et il ne sera nécessaire de faire une embolectomie que pour de très gros thrombus. En effet, comme l'a démontré De Takats, ce qui tue le malade, ce n'est pas surtout l'arrêt mécanique du flot sanguin par le thrombus, mais plutôt le réflexe qui peut être déclenché par le plus petit embolus. Kurt Lange préconise l'injection intrapleurale de 20 à 30 centimètres cubes de novocaïne à  $\frac{1}{2}$  p. cent au point exquis de la douleur ; cela supprime la douleur, la dyspnée et l'anxiété. Dans les cas où l'embolie est consécutive à une thrombo-phlébite d'un membre inférieur ou du bassin, on a fait, depuis quelques années, la ligature de la veine fémorale et mieux encore, dernièrement, la ligature de la veine cave inférieure, afin de prévenir l'arrivée d'un nouvel embolus dans le courant circulatoire. On peut lire, dans le numéro d'avril 1947 de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, un article des plus instructifs, de Thebaut et Ward, sur la ligature de la veine cave inférieure dans tous les cas d'embolies pulmonaires avec ou sans thrombo-phlébite. Thebaut et Ward présentèrent trente-six cas. Ils n'eurent que quatre décès ; deux survinrent avant qu'une opé-

ration chirurgicale ait pu être faite (on l'avait trop retardée) et deux autres malades moururent, quelque temps après une opération qui, parce qu'elle avait été trop longtemps retardée, avait permis à un large embolus pulmonaire de s'organiser. Hershey et Bailey (16) considèrent qu'on devrait faire cette ligature dans tous les cas de thrombo-phlébite, parce que, sur dix-sept patients atteints de cette affection, il y en aura un qui fera une embolie pulmonaire mortelle et que un sur trois au moins en fera une de moindre importance. Aucune embolie n'a été observée après la ligature. Par une incision paramédiane dont le milieu doit atteindre le nombril, on pénètre dans l'abdomen et, le malade étant en position de Trendelenburg, les intestins sont repoussés et le péritoine postérieur est ouvert. On doit faire la ligature veineuse, à la bifurcation aortique, c'est-à-dire juste au-dessus de la réunion des veines iliaques communes. Cette voie transpéritonéale permet de faire, en un seul temps, la ligature des veines ovariennes qui sont, chez la femme, la seule source d'embolie qui pourrait subsister encore. Autrement, la voie extrapéritonéale est à préférer, car elle est plus facile et permet aussi de faire une sympathectomie. Une incision transversale au flanc serait préférable. Comme traitement postopératoire, on conseille le bandage des membres inférieurs avec du crêpe velpeau et l'élévation du pied du lit. Les blocs sympathiques, l'emploi de la prostigmine et de l'héparine et le lever précoce sont conseillés. Comme conséquence de cette intervention, on mentionne très peu de cas d'œdème chronique des chevilles ou des jambes.

Il n'en reste pas moins qu'il vaut encore mieux prévenir les thrombo-phlébites et les embolies pulmonaires que les guérir, et dans ce cas encore, il faudra comprendre mieux les besoins d'un patient qui vient d'être opéré. Le lever précoce, dont on vous a parlé, récemment, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, et qui est de plus en plus accepté aux États-Unis, peut avoir, dans ces conditions, beaucoup d'avantages lorsque l'état général du patient le permet et il ne saurait être en rien préjudiciable aux plaies. Royster, de Philadelphie, en a fait la démonstration chez des chiens et J. C. Drye, de l'Université de Louisville, a fait l'expérience suivante pour mesurer la pression abdominale. Il a laissé, dans l'abdomen de patients laparotomisés, un petit ballon qui communiquait avec un manomètre.

Il a trouvé que la pression du malade couché est de 8 centimètres et qu'elle s'élève à 30 centimètres seulement quand il se lève ; la toux ou tout effort qui est fait par un malade alité, peut faire monter cette pression à 150 centimètres. Tout au moins, si on ne peut ou si on ne veut pas employer le lever précoce, il ne faut pas négliger de prescrire les exercices réguliers des membres inférieurs et de la respiration. Dans les hôpitaux bien organisés, il est préférable, même, de mettre ces exercices sous la surveillance du département de physiothérapie.

### PHYSIOTHÉRAPIE

La physiothérapie fournit à la chirurgie un complément de thérapeutique très important. Malheureusement, on l'utilise encore très peu. Évidemment, les exercices postopératoires mis à part, c'est l'orthopédie qui bénéficie le plus des avantages de la physiothérapie, surtout quand il s'agit de prévenir l'atrophie musculaire chez un malade immobilisé. Watson-Jones assurait qu'il pouvait laisser un malade dans un appareil plâtré qui le recouvrirait de la tête aux pieds, pendant six mois, et qu'il était certain qu'aucune atrophie ne se produirait, pourvu que le malade ait été, pendant tout ce temps, soumis à des exercices physiques convenables et mobilisant toutes les parties du corps. L'organisation de son centre chirurgical, à Liverpool, est merveilleuse et fait accepter facilement ce qu'il dit dans la préface de son dernier livre : « Now you can break your neck and enjoy it. »

### ORTHOPÉDIE ET NEUROCHIRURGIE

En orthopédie, on pourrait mentionner plusieurs nouveaux procédés, par exemple, l'emploi dans différentes greffes osseuses d'*os spongieux* prélevés surtout sur les crêtes iliaques. Il faut nous limiter, mais nous aimerions dire comment, aujourd'hui, on a mis au point le traitement des sciatiques, car ce traitement comporte un enseignement philosophique autant que médical. Alors que plusieurs auteurs, comme Walter Dandy, restent convaincus que toutes les douleurs dorsales basses, avec ou sans sciatique, sont dues à une anormalité du disque intervertébral, il semble



qu'on s'efforce de faire mieux la part des choses, dans plusieurs centres où collaborent les Services de neurochirurgie et d'orthopédie, la collaboration étant toujours, en médecine, une chose neuve et vieille, à la fois. Dans le dernier numéro de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chs. Gray, de Londres, présente une magnifique synthèse du problème. Il rappelle que les causes de la douleur sciatique peuvent être directes, indirectes ou réflexes. Il conseille d'éliminer ces dernières par des injections locales de novocaïne faites dans le muscle ou dans tout autre segment du membre inférieur, à l'endroit où apparaît le point douloureux le plus exquis. Cela n'éliminera pas une cause directe. Les causes directes siègent dans une articulation et, il faut le reconnaître, l'articulation le plus souvent en cause est entre le quatrième corps vertébral et le cinquième où peut se produire une germination du *nucleus pulposus*. Il ne faudrait pas nier l'existence possible d'une tumeur du système nerveux, du bassin ou de la colonne, d'une fibrose, d'une radiculite, ou d'une névrite infectieuse ; enfin, il ne faut pas rejeter l'influence du psychisme. L'attitude psychique du malade est très importante, surtout quand il est question d'une pension militaire. Le ministère des pensions militaires exige, actuellement, qu'un malade chez qui on a fait un diagnostic précis de hernie discale vérifiée par les rayons X, ne subisse aucune laminectomie avant d'avoir eu un examen psychiatrique et un examen physique général qui permettent d'affirmer que le malade, une fois opéré, sera capable de reprendre un travail normal. Interviennent, avant et après l'intervention, certains éléments de réadaptation sociale et de réadaptation au travail bien mis en lumière par les résultats obtenus, à l'Hôpital des Anciens Combattants, par des Services spécialisés : Services de physiothérapie et de réadaptation au travail, Service social et Service de psychologie. Comme le disait Love : « Ce n'est pas tout de trouver la cause du mal et de l'enlever, il faut encore convaincre le malade qu'il en est libéré et qu'il peut retourner au travail. » Au point de vue de la solidité de la colonne vertébrale, Barr croit que, sur 234 cas, il y a eu une amélioration définitive chez les malades à qui on fit une greffe après la laminectomie. Jaslow, de Sayre, Pennsylvanie, recommande de placer un petit greffon osseux entre les deux corps vertébraux pour remplacer le disque qui a été enlevé. Cela éliminerait l'éventualité d'un pincement dans l'espace



intervertébral et faciliterait une consolidation plus rapide des corps vertébraux.

Les paralysies consécutives à des lésions traumatiques du rachis reçoivent un traitement mieux compris sans que celui-ci soit cependant parfaitement connu (17 et 18). Elkin et Wegner considèrent que la connaissance des besoins nutritifs de ces malades est la plus grande amélioration apportée au traitement et qu'une saine alimentation augmente la résistance à la douleur au fur et à mesure que s'élève le taux de la protidémie. Les techniques opératoires de la cordotomie pour le soulagement des douleurs ou de la rhizotomie, pour la suppression des spasmes musculaires réflexes, et les diverses sympathectomies appartiennent encore à un domaine spécialisé dont nous ne pouvons pas parler. Outre la douleur, les spasmes musculaires, les troubles des sphincters, ces infortunés malades ont souvent des plaies de lit ou des ulcérations dites de décubitus qui deviennent la plus grande cause de leurs ennuis. En dépit du traitement médical le plus logique, élimination de tout frottement et de l'humidité sur la région en cause, suralimentation des malades, ces plaies peuvent prendre un temps illimité pour guérir et elles ont toujours été la hantise des hôpitaux jusqu'à ce que, en 1945, Lamon et Alexander publient un traitement concret de ces plaies par des moyens chirurgicaux. Selon Barker et Elkins, qui présentèrent une série de soixante-dix observations, ces ulcères conduisent les malades à la cachexie parce qu'ils diminuent leur protéinémie. Ils ont démontré que ces ulcères pouvaient éliminer de six à cinquante grammes de protéines, en 24 heures. Ces ulcères sont situés, le plus souvent, aux régions pré-sacrée, pré-trochantérienne ou pré-ischiatique ; il s'agit donc de les fermer. Il faut toujours s'en tenir aux mêmes principes : nettoyage, puis excision de tous les tissus scléreux et fermeture de la plaie par sutures secondaires, quand l'ulcère est très petit, ou par des greffes cutanées et musculaires prises dans le voisinage et appliquées par glissement. On complète le traitement par des greffes de Reverdin quand la chose est nécessaire. Un malade que nous venons de traiter nous paraît intéressant.

C. fut admis à l'hôpital, il y a un an, pour des plaies trophiques de la région fessière qui apparurent après une blessure reçue en Allemagne,

en 1945. Cette blessure atteignit la queue de cheval supprima toute sensation à la région fessière et à la cuisse et inhiba les centres rectal et vésical. A la région para-anale droite, il y avait un ulcère grand comme un cinquante sous et, au centre de l'ulcère, une fistule qui suppurait. L'ensemencement du pus démontra la présence du staphylocoque. Les clichés radiographiques ne montrèrent rien d'anormal. Après un mois de traitement, nous n'avions obtenu aucune amélioration locale et, le 12 décembre, nous enlevons l'ulcère et le trajet fistuleux ; celui-ci se rendait jusqu'à l'épine ischiatique qui s'avéra saine, même après un curetage. Nous avons rempli la plaie avec de l'onguent à la pénicilline, le staphylocoque étant sensible à la pénicilline (53.3 par centimètre cube). Le 21 janvier, nous fîmes des sutures secondaires de la plaie après excision de tous les tissus scléreux. Les ensemencements bactériologiques se montrèrent négatifs. Sept jours plus tard, la plaie s'ouvrit un peu et nous refîmes de nouvelles sutures. Apparemment guéri, le malade quitta l'hôpital un mois après, pour revenir, un mois plus tard, porteur d'une nouvelle fistule. Le 12 juin, nous enlevâmes ce qui nous parut être une coque fibreuse bien délimitée et nous refermâmes la plaie. Celle-ci s'ouvrit à nouveau. Devant ces insuccès, nous avons décidé de recourir à la plastie et nous avons employé, vers la fin d'août, soit il y a quatre mois, une greffe pédiculée de voisinage obtenue par le glissement en masse de peau, de tissu souscutané et de muscle. La plaie guérit très bien et, pour la première fois depuis deux ans, le malade n'a ni ulcère ni fistule. Ce malade a reçu du plasma, de l'aminogène et des vitamines ; sa protidémie était, au début, de 5 gr. 10 p. cent ; elle se maintient maintenant autour de 7 gr. p. cent. Nous avons revu ce malade, il y a quelques jours, pour une plaie d'un pied. Nous aurions pu raccourcir de plusieurs mois l'hospitalisation de ce malade si nous avions été plus agressif, dès le début, et si notre traitement avait comporté une greffe (26).

La chirurgie plastique a, elle aussi, aidé à établir un meilleur traitement des cas d'ostéomyélite chronique qui reviennent régulièrement dans les hôpitaux. Il faut bien nettoyer le foyer d'infection (séquestrectomie, curetage osseux, excision complète de tout le tissu scléreux) et le combler par un tissu neuf et sain au moyen de greffes musculaires et cutanées à

pédicule qui redonnent de la vitalité au membre. Il est aussi essentiel de stimuler la régénération des tissus qu'il est nécessaire de détruire le germe qui entretient l'infection ostéomyélique.

De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet aux États-Unis, dans nos hôpitaux militaires d'outre-mer et dans nos hôpitaux d'anciens combattants. Certains orthopédistes, désireux de guérir radicalement l'ostéomyélite, emploient des greffes d'os spongieux, dès le deuxième temps de l'intervention (19).

#### CHIRURGIE DU TRACTUS DIGESTIF — ESTOMAC

En chirurgie gastrique, la grande actualité, est la vagotomie ou la neurectomie gastrique. Cette intervention chirurgicale a été préconisée, il y a quelque quarante-six ans, du moins en principe, puisque Jaboulay tenta, en 1901, l'excision du plexus coélique dans un cas d'ulcère (20). Chez l'ulcéreux, des expérimentateurs ont parlé de l'hypersécrétion d'un enzyme, appelé lysozyme, qui digérerait le mucus de la surface intestinale et dont l'action serait inhibée par une substance, le sulfate de dodécyl, avec laquelle on fait actuellement des expériences au *Columbia Presbyterian Medical Center*, de New-York. Mais, à propos de l'hypersécrétion acide, il semble bien que le fait capital qui a été mis en évidence, récemment, c'est que cette sécrétion s'effectue aussi durant la nuit. Il ne suffit donc pas de neutraliser cette acidité, durant le jour, il faut l'inhiber, durant la nuit, et c'est le point que se sont efforcés d'éclaircir bien des travaux de recherche tels que ceux de radiothérapeutes, comme Levin, qui, après Palmer, ont réussi à diminuer ou même à supprimer toute sécrétion gastrique nocturne, au moyen de dix ou quinze séances de radiothérapie, ou ceux de Ferrer, de New-York, et de quelques autres qui ont utilisé l'action inhibitrice du chlorure de tétraéthyle d'ammonium (Etamon), sur le vague. Ferrer a présenté une série de vingt patients chez qui l'injection intramusculaire d'Etamon, toutes les quatre heures, a diminué cette sécrétion, sans produire aucun effet nocif. Les sécrétions et la motricité de l'estomac subissent, en effet, l'influence directe du vague et celle, moins directe, du psychisme. D'où, les essais de neurectomie gastrique qui a été remise à jour par

Dragstedt, de Chicago (22). Sur cent soixante-dix patients Herper et Dragstedt ont pratiqué la vagotomie dans cent quarante-sept cas d'ulcère duodénal, quinze cas d'ulcère gastro-jéjunale et huit cas seulement d'ulcère gastrique. L'objection que l'on apporte contre cette opération, dans les cas d'ulcère gastrique, est la fréquence de la cancérisation (soit 20 p. cent) de cette lésion. Par contre, il semble cependant prouvé que, quand il y a, en même temps, un ulcère duodénal, l'ulcère gastrique n'est pratiquement jamais un cancer.

Il y a encore une circonstance où il peut être permis de se contenter d'une vagotomie dans les cas d'ulcère d'estomac, et c'est quand l'ulcère est très haut situé et que sa résection demande une gastrectomie totale. Cette opération peut fournir une mortalité de 10 à 15 p. cent et elle laisse souvent des séquelles sous forme de troubles digestifs qui méritent d'être considérés. De plus, comme on peut rarement espérer la guérison d'un cancer, Dragstedt considère que, à moins que le diagnostic ne soit indubitable, il est honnête de ne pas faire de gastrectomie totale, avant d'avoir fait, d'abord, une vagotomie. S'il n'y a pas de guérison, en moins d'un mois, le chirurgien peut, sans scrupule, conseiller la gastrectomie.

Quand une gastrectomie subtotale permet de supprimer un ulcère, il n'y a pas à hésiter, évidemment, puisque actuellement cette opération ne présente qu'un risque opératoire très diminué. Il se fera très rarement un ulcère de la bouche gastrique après cette opération pour un ulcère de l'estomac ou de l'antrum pylorique. Cependant, un ulcère peptique se développe souvent après une gastrectomie subtotale pour ulcère duodénal. Il vaudrait donc mieux, dans ces cas, faire aussi une vagotomie.

Les contre-indications à la vagotomie sont les hémorragies, les dangers de perforation ou de sténose du pylore, à la période de la cicatrisation, dans les cas d'ulcères larges et profonds. Weeks et ses collaborateurs, Walters, de Rochester, ont en effet rapporté des cas de perforation à la suite de vagotomie. Ce dernier présente une série de quatre-vingt-trois cas, dont trois mortalités, et il conclut que cette opération s'avère le plus utile surtout au traitement des ulcères qui se sont constitués

après une gastrectomie subtotale ou à celui des ulcères duodénaux qui ne s'accompagnent pas d'obstruction et qui sont très douloureux.

*Les inconvénients* de cette opération relèvent de l'atteinte de la motricité de l'estomac (dilatation, aérophagie, rétention des aliments) ou du tube digestif (diarrhée) et ils peuvent parfois être amoindris par des médicaments parasymphaticomimétiques, le doryl, l'urécholine et la prostigmine, qui restaurent le tonus de l'estomac, sans redonner au liquide gastrique un taux d'acidité qui serait préjudiciable.

Richard Jackson, d'Ann Arbor, suggère une nouvelle technique suivant laquelle la résection du vague peut se faire de façon sélective pour l'estomac, en épargnant la rate, les reins, les intestins et le pancréas.

Pour obvier à tout inconvénient, et surtout aux possibilités d'obstruction pylorique postopératoire, plusieurs chirurgiens ajoutent à la neurectomie une gastro-entérostomie. Par contre, à la Clinique Mayo, on ne fait pas ce complément d'intervention, afin de pouvoir apprécier plus scientifiquement la valeur de la vagotomie. C'est pourquoi on y emploie presque toujours la voie transthoracique, parce qu'on a donné à l'opération des indications plus limitées, alors que Dragstedt emploie de plus en plus la voie transabdominale, qui permet de voir les lésions et d'effectuer toute autre opération concomitante qui pourrait être jugée nécessaire. De toute façon, on s'accorde à exiger la section des vagues au-dessus du diaphragme.

À l'Université de Minnesota, on a fait des expériences sur des chiens. On a observé, à cette fin, un groupe de chiens normaux et un groupe de chiens qui avaient subi une vagotomie supradiaphragmatique.

Un autre groupe de chiens eurent une vagotomie et une gangliectomie cœliaque. Après guérison, on injecte, tous les jours, trente milligrammes d'histamine en solution dans l'huile.

Les chiens normaux développent un ulcère, en vingt et un jours, et l'anorexie est totale. Les chiens vagotomisés sont mieux protégés et gardent leur appétit plus longtemps ; mais ils développent un ulcère, sept à quinze jours plus tard que les premiers, en moyenne. Les chiens dont l'estomac eut une énervation vagale et cœliaque furent mieux protégés et ne développèrent pas d'ulcère ni d'anorexie ni de perte de poids. La mise au point définitive reste donc à faire dans ce domaine.

Les résultats obtenus au moyen de cette intervention ne peuvent être discutés logiquement que lorsque l'épreuve à l'insuline a permis de vérifier qu'il y a réellement eu une section du vague. Quinze unités d'insuline sont injectées dans une veine et l'hypoglycémie provoquée déclenche la sécrétion gastrique par l'intermédiaire du vague. Il faut donc prendre plusieurs échantillons du contenu gastrique pour mettre en évidence la sécrétion acide. On prélève aussi du sang pour le dosage de la glycémie (22).

#### COLON

Les avantages de la vagotomie ne se limitent pas à l'estomac. Dennis et Edder, du Minnesota, prétendent qu'elle constitue une thérapeutique heureuse dans les cas de colites ulcéreuses chroniques non spécifiques. La sympathectomie eut de bons effets dans le mégacolon et elle a des répercussions sur un autre facteur de l'équilibre végétatif. Par voie transthoracique, on a disséqué et coupé le vague de cinq patients et on a remarqué, ultérieurement, la disparition du sang, du pus, et du mucus du côlon. Ces résultats ont été vérifiés au proctoscope. Dans cette affection l'Étamon et le sulfate de dodécyl peuvent avoir une action thérapeutique agissant directement sur la lysozyme, cet enzyme dont nous avons déjà parlé et qu'on pense être vingt-cinq à soixante-quinze fois plus abondante dans ces cas que chez l'individu normal.

#### VOIES BILIAIRES

Les voies biliaires offrent à la recherche scientifique un vaste domaine expérimental. Dans quelle mesure l'équilibre vago-sympathique peut-il influencer les différents troubles digestifs de l'homme? Mallet-Guy, de Lyon (23), dans un travail sur les pancréatectomies gauches pour des pancréatites gauches bien localisées, rapporte que, dans les cas où la pancréatite est plus diffuse, il faut faire une splanchicectomie. Il a pratiqué cette opération chez dix-neuf malades et il en explique les bons résultats de la façon suivante : expérimentalement, il a été démontré qu'une excitation du splanchnique produit un œdème du pancréas qui peut causer toutes les lésions classiques de la pancréatite hémorragi-

que. Mais le splanchnique est le nerf inhibiteur des canaux biliaires et sa section peut produire des troubles d'hypertonie des voies biliaires ou du sphincter d'Oddi à cause de l'action du vague. Cette section ne pourrait-elle pas causer un ulcère gastrique (24)? Mallet-Guy recommande de toujours mesurer, avant l'intervention, la tonicité du cholédoque et du sphincter d'Oddi par une exploration manométrique et radiologique.

En chirurgie hépato-biliaire, comme le cholédoque est très difficile à explorer et à traiter, il faut l'explorer toutes les fois que l'on fait une cholécystostomie ou une cholécystectomie et qu'on utilise un tube en T. Il faut essayer de se rendre compte si la bile s'écoulera normalement dans le duodénum, avant d'enlever la vésicule. Il y a deux méthodes d'exploration :

1° La mesure de la pression intracaniculaire en plaçant un manomètre à eau sur le drain. Cette pression doit être de 30 millimètres normalement.

2° L'étude radiologique du tractus biliaire, après injection par le drain d'une substance opaque aux rayons X. C'est J. Caroli (25), de Paris, qui a eu l'idée d'associer ces deux explorations au moyen d'un seul instrument ingénieux qui nous a été décrit dans un livre mettant en relief les recherches médicales faites en France pendant la guerre. La radiographie montrera où est l'obstacle qui est décelé par une pression élevée. Quand le sphincter d'Oddi est en cause, on peut pratiquer une sphinctérotomie. Je me souviens d'un stylet fermé qui s'ouvrait sous la poussée de la pression. Cet instrument a été inventé par le docteur DeMuth, à Vancouver, il y a déjà neuf ans.

#### LE SYMPATHIQUE

En parlant des progrès de la chirurgie, nous avons souvent étudié le domaine du sympathique. Nous aurions dû lui consacrer tout un chapitre. On connaît les merveilleux avantages que la chirurgie du sympathique procure dans la causalgie des membres supérieurs et inférieurs. Le docteur Cajetan Gauthier a présenté, à la dernière réunion tenue à l'Hôpital des Anciens Combattants, deux cas de stellectomie qui



ont été suivis de très bons résultats et on connaît les améliorations obtenues après la sympathectomie lombaire. Il y a encore toute la question de la sympathectomie dans l'hypertension artérielle et l'angine de poitrine. Contentons-nous d'affirmer que le système nerveux végétatif ne cesse d'offrir un très vaste champ d'exploration à la chirurgie, et terminons par deux considérations d'ordre général.

---

En étudiant la littérature médicale, et en observant les méthodes thérapeutiques utilisées dans différents pays, on s'aperçoit que les Américains occupent la première place dans le domaine de la chirurgie mondiale. Les chirurgiens américains se sont assurés cette supériorité parce qu'ils ont su toujours maintenir l'esprit d'initiative chez les jeunes, parce qu'ils se sont toujours efforcés de leur communiquer le désir des recherches, des compilations et des comparaisons, parce qu'ils les ont dirigés vers diverses spécialisations médicales où l'apport de leurs recherches porterait des fruits et parce que, enfin, ils leur ont communiqué un véritable sens de la collaboration, l'esprit d'équipe obviant amplement aux dangers que pourrait présenter trop de spécialisation.

L'Européen, dans son individualisme ciselé avec tant d'art, peut encore nous paraître d'un humanisme dont l'idéal nous semble supérieur, grâce à sa culture et à sa pénétration plus subtile et plus profonde du caractère de l'homme. Il aborde la question médicale avec un génie à lui et qui sera toujours essentiel aux progrès de la médecine. Ne pourrait-il pas y avoir synthèse entre humanisme et scientisme? Dans nos pays américains, on dit que les Canadiens français ont gardé quelque chose du génie européen. Ne serait-ce pas à nous, avec un peu de bonne volonté et de travail, de réaliser cette synthèse?

Un grand Européen, Churchill, s'adressant à un dîner de médecins, racontait le mot d'un athée qui disait que s'il y avait eu un Dieu, ce dernier eût dû faire la santé infectieuse plutôt que la maladie. Churchill félicita les médecins pour leur œuvre grandiose durant la guerre. Les médecins ont servi l'homme durant cette terrible période et, si la guerre a aidé la chirurgie, celle-ci n'a jamais aidé la guerre. Il vient de se former un organisme mondial de la médecine. Son œuvre sera de rendre uni-

verselle une meilleure compréhension de l'être humain en diffusant les idées de santé et de paix. Voilà qui serait certes une bien belle nouveauté médicale : le règne de la paix dans le monde par l'intermédiaire des médecins.

*Note.* — Depuis la présentation de ce travail nous avons reçu une communication personnelle des plus instructives du docteur G. Gingras, du Centre des paraplégiques à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, où il s'est fait une œuvre considérable au point de vue de la plastie des ulcères de décubitus.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. TANNER et CULLEN, Pathological aspects of death following major surgery, *S., G., O.*, 450, (oct.) 1947.
2. Subacute perforations of the abdominal viscera, *Pennsylvania Medical Journal*, (juin) 1942.
3. MUIRHEAD, E. et collaborateurs, Peritoneal irrigation for uremia, *Archives of Surgery*, (avril) 1947.
4. CRILE, George, Jr., Peritonitis of appendical origin treated with massive doses of penicillin, *S., G., O.*, (août) 1946.
5. JACKSON, A. S., Nondrainage and early ambulation in cases of perforative appendicitis, *Archives of Surgery*, (juin) 1947.
6. SALTONSTALL et LEE, Modified technic in skin grafting of extensive deep burns, *Annals of Surgery*, (mai) 1944.
6. KOBAC et collaborateurs, The relation of protein deficiency to experimental wound healing, *S., G., O.*, (déc.) 1947.
7. INUI, Frank, Treatment of localized infections with penicillin infiltration, *Archives of Surgery*, (juillet) 1945.
8. PEMBERTON, J. de J., Progress in the surgical management of diverticulitis of the sigmoid colon, *S., G., O.*, (oct.) 1947.
9. LIGHT et PRENTICE, Gelatin sponge, *Annals of Surgery*, (sept.) 1945, *S., G., O.*, (nov.) 1945.
10. HERRERA, MILLET et collaborateurs, A report on the use of the Harris tube, *S., G., O.*, (nov.) 1947.

11. SHERLOCK, Sheila, 264 aspiration liver biopsies, *Lancet*, (sept.) 1945.
12. HUNTER et collaborateurs, Cytologic recognition of cancer in exfoliated material from various sources, *S., G., O.*, (sept.) 1947.
13. DETERLING, Ralph, Recent advances in vascular surgery, *Archives of Surgery*, (juillet) 1945.
14. MUSTARD, W. T., Closure of patent ductus arteriosus, *C.M.A.J.*, (oct.) 1947.
15. WELCH, C. Stuart, A technique for portacaval anastomosis (Eck fistula), *S., G., O.*, (oct.) 1947.
15. WHIPPLE, A. O., Problem of portal hypertension in relation to hepato-splenopathies, *Annals of Surgery*, (oct.) 1945.
16. HARSHEY et BAILEY, Management of thrombophlebitis, *West Virginia Medical Journal*, (janvier) 1946.
17. POER, D. H., Newer concepts in the treatment of the paralyzed patients due to war-time injuries of the spine, *Annals of Surgery*, (avril) 1946.
18. BARKER et ELKINS, Methods of closure of decubitus ulcers in the paralyzed patients, *Annals of Surgery*, (avril) 1946.
18. CONWAY, H. et collaborateurs, The plastic surgical closure of decubitus ulcers, *S., G., O.*, (sept.) 1947.
19. JOLICŒUR, A., Ostéomyélite et greffes, *Laval Médical*, **12** : 985, (nov.) 1947.
20. Symposium on peptic ulcer. Articles de trois grands centres : Chicago, Boston et Rochester, sur la vagotomie, *Archives of Surgery*, (août) 1947.
21. DRAGSTEDT et collaborateurs, Transabdominal gastric vagotomy *S., G., O.*, (oct.) 1947.
22. HOLLANDER, F., Insulin test for uncut vagus nerve fibers, *Gastroenterology*, 1946.
23. MALLET-GUY, P., Pancréatites chroniques gauches, Recherches médicales en France pendant la guerre. 1939-1945. Flammarion, Paris, 1947.
24. TAKATS et WALTER, The treatment of pancreatic pain by splanchnic nerve section, *S., G., O.*, (déc.) 1947.

25. CAROLI, J., Radiomanométrie biliaire, Recherches médicales en France pendant la guerre. 1939-1945. Flammarion, Paris, 1947.

#### DISCUSSION

Le docteur Ph. Richard signale la cytologie des produits de broncho-aspiration préconisée par Daniélopolou pour effectuer un diagnostic précoce de lésions endo-bronchiques. Des colorations appropriées mettent en évidence des cellules de Langhans permettant ainsi un diagnostic précoce de lésions tuberculeuses des bronches. Il en est de même pour les cellules néoplasiques. Le diagnostic précoce de la malignité permet une cure chirurgicale au début de l'affection. (Pb. R.)

---

## CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DE LA PROSTATE

par

André SIMARD

*Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu*

---

Pour justifier la technique un peu révolutionnaire que nous avons mise au point, à l'Hôtel-Dieu de Québec, nous croyons qu'il est utile de retourner en arrière et de rappeler les différentes étapes opératoires qui nous ont amené à préconiser la prostatectomie suspubienne définitive avec fermeture complète de la vessie et des tissus susjacents.

Il y a vingt ans, dans les Services universitaires, les professeurs Simard, Dagneau et Marois pratiquaient la prostatectomie en deux temps avec un intervalle de quelques semaines entre les deux interventions. On faisait alors un drainage large, suspubien, avec les tubes de Freijer ou de Paul ; la seconde intervention effectuée sur des tissus sclérosés, était laborieuse ; et l'hémorragie, abondante, mettait souvent la vie du malade en danger. Le drainage interminable produisait de la gangrène et de la suppuration au niveau de la plaie suspubienne, causes d'intoxication difficile à combattre. La durée de l'hospitalisation, à cette époque, se prolongeait de cinq à huit semaines après la seconde intervention, et souvent, le malade languissait au lit pendant des mois.

En 1928, dans le Service du Professeur Chevassu, nous avons vu, pour la première fois, effectuer la prostatectomie en un temps rapide avec anesthésie au chlorure d'éthyle. On se servait d'un tube suspubien

modifié, comportant deux tubulures par lesquelles on faisait circuler 2 ou 3 litres d'eau très chaude immédiatement après la prostatectomie, alors que le malade était encore sur la table d'opération. Ceci avait pour but de faire contracter la loge prostatique et de restreindre l'hémorragie. Comme le sang était mélangé à l'eau, on ne pouvait évaluer la perte en globules rouges, qui était considérable.

Vers 1933, nous adoptons la méthode du professeur Marion, où l'hémorragie de la loge est ralentie par un tamponnement lâche doublé d'un tube approprié. A partir de ce moment, les hémorragies devinrent moins nombreuses mais encore dangereuses, car le tamponnement, ramolli par le liquide, retombait dans la vessie.

Il y a quelques années, nous avons pensé à utiliser un tampon à la gaze, de la grosseur de la tumeur enlevée, que l'on préparait extemporanément. Ce tampon, assujetti par une corde introduite dans l'urètre, pouvait être appliqué sous des pressions variables et appropriées. Cette nouvelle méthode jugula considérablement les hémorragies de la loge, ce qui nous permit de retirer le tampon, au bout de 48 heures, par la plaie abdominale, et de supprimer presque complètement le drainage suspubien avec tube rigide ou semi-rigide. Ces différentes méthodes réduisirent graduellement la durée de l'hospitalisation à des limites comprises entre 10 et 25 jours. Tous ces procédés n'apportaient aucune solution au problème de la gangrène ni à celui de la suppuration de la paroi, favorisées par l'écoulement de l'urine à travers la plaie suspubienne.

En 1940, alerté par les résultats obtenus au moyen des résections transurétrales, et sachant que le professeur Mercier en avait déjà fait une cinquantaine, c'est dans son Service, qu'ayant observé plusieurs résections, nous avons abandonné momentanément la méthode suspubienne pour ne pratiquer que des résections avec l'appareil de MacCarthy.

Nous inaugurâmes à Québec les résections endoscopiques et, pendant plusieurs années, nous nous sommes arrêté à l'emploi, presque exclusif, de ce procédé opératoire.

Au début, on extirpait de six à huit grammes de la masse tumorale ; cette quantité apparut vite insuffisante, car plusieurs de nos propres malades sont revenus au bout de deux ans pour subir une nouvelle inter-

vention. Devant ce problème, et au fait des travaux exécutés à Rochester, Minnesota, nous sommes allé passer un mois à la clinique Mayo, afin d'étudier la résection transurétrale pratiquée avec un nouvel appareil (Thomson), qui permet d'enlever les copeaux adénomateux au moyen d'un cylindre tranchant au lieu d'un anse diathermique, comme c'est le cas avec le MacCarthy. Dans cette Institution, la masse de l'adénome enlevée était plus considérable, variant entre 25 et 70 grammes, mais l'hémorragie qui aurait été dangereuse pour d'aussi copieuses excisions avec les méthodes que nous employions était amoindrie par l'utilisation d'une sonde spéciale, invention du docteur Alcock, et modifiée par le docteur Emmett. Cette sonde, qui a deux tubulures, est munie, en plus, d'un troisième pertuis par lequel on peut gonfler un petit sac de caoutchouc ovalaire situé à 5 centimètres de l'extrémité de la sonde, qu'on applique par traction sur la surface cruantée. Les deux tubulures permettent d'établir un courant continu, aller et retour, d'un liquide coagulant et désinfectant. Disposant de cet outillage, nous avons augmenté la masse des tissus réséqués d'une façon assez appréciable. Malgré ce progrès, il a paru évident que, dans beaucoup de cas la résection était encore très insuffisante.

Ici, il est peut-être utile de diviser les adénomes en trois catégories approximatives suivant leur poids. Cette appréciation est d'ailleurs assez difficile, car c'est seulement par le toucher rectal et la cystoscopie que l'on peut apprécier le volume de la tumeur.

Ces restrictions étant faites, on reconnaît trois groupes d'adénomes : ceux dont le poids ne dépasse pas 60 grammes ; ceux de 60 à 100 grammes, et ceux qui pèsent plus que 200 grammes.

Dans le premier cas, une résection de 25 à 40 grammes est suffisante et permet de faire disparaître tous les symptômes pour une durée qui, chez le malade âgé, est suffisante pour prévenir tout accident jusqu'à sa mort.

Dans le second cas, le choix du procédé opératoire est discutable, et une résection aussi large que possible amènera un soulagement qui peut se prolonger. On fera donc la résection si le malade s'objecte à une taille suspubienne.



Et enfin, dans le troisième cas, il est parfaitement illusoire d'enlever 50 grammes de tissu tumoral à un malade dont la prostate pèse de 300 à 400 grammes. Nous ne vous citerons que deux exemples pour appuyer cette prétention.

1. Un confrère que nous avons opéré par la méthode endoscopique et à qui nous avons excisé 50 grammes de prostate faisait encore de la rétention avec distention huit jours après l'intervention. Une taille suspubienne lui a été faite, et nous lui avons enlevé, au cours de cette deuxième intervention, un adénome prostatique de 480 grammes. On constate qu'il était illusoire de tenter même de soulager ce malade par une résection transurétrale.

2. Nous avons examiné un malade et lui avons trouvé une prostate appréciée environ à 200 grammes. Une taille suspubienne fut proposée à ce malade et il la refusa. Dans les mois qui suivirent, il partit, dans une autre ville, se faire opérer par la méthode transurétrale. On lui enleva 20 grammes de tissu. Pendant un an, il fut très soulagé, puis il fit une nouvelle crise de rétention pour laquelle un sondage s'imposa. Et une autre année passa. Au cours d'une deuxième crise de rétention, il vint nous trouver, et accepta la taille suspubienne. Nous l'avons opéré, et lui avons enlevé un adénome prostatique pesant 270 grammes.

Il nous semble donc légitime, avec le recul du temps, de formuler les indications opératoires d'après le poids des adénomes, d'appliquer la méthode endoscopique à ceux de moins de 60 grammes, et de traiter ceux de plus de 60 grammes par la taille suspubienne.

Mais certains malades refusent d'être hospitalisés de trois à quatre semaines et s'objectent à un drainage de leur urine sur leur paroi abdominale.

Nous avons alors pensé qu'en modifiant légèrement la sonde d'Emmett, nous pourrions, par une taille suspubienne, sous le contrôle de la vue, gonfler le petit ballon et l'appliquer exactement dans la loge prostatique vidée et saignante. Comme cette sonde est à double courant, nous avons espéré qu'il n'y aurait pas d'accumulation de caillots dans la vessie, ce qui permettrait de fermer cette dernière.

Nous avons donc pratiqué notre première résection par voie suspubienne avec compression de la loge en fermant presque totalement la

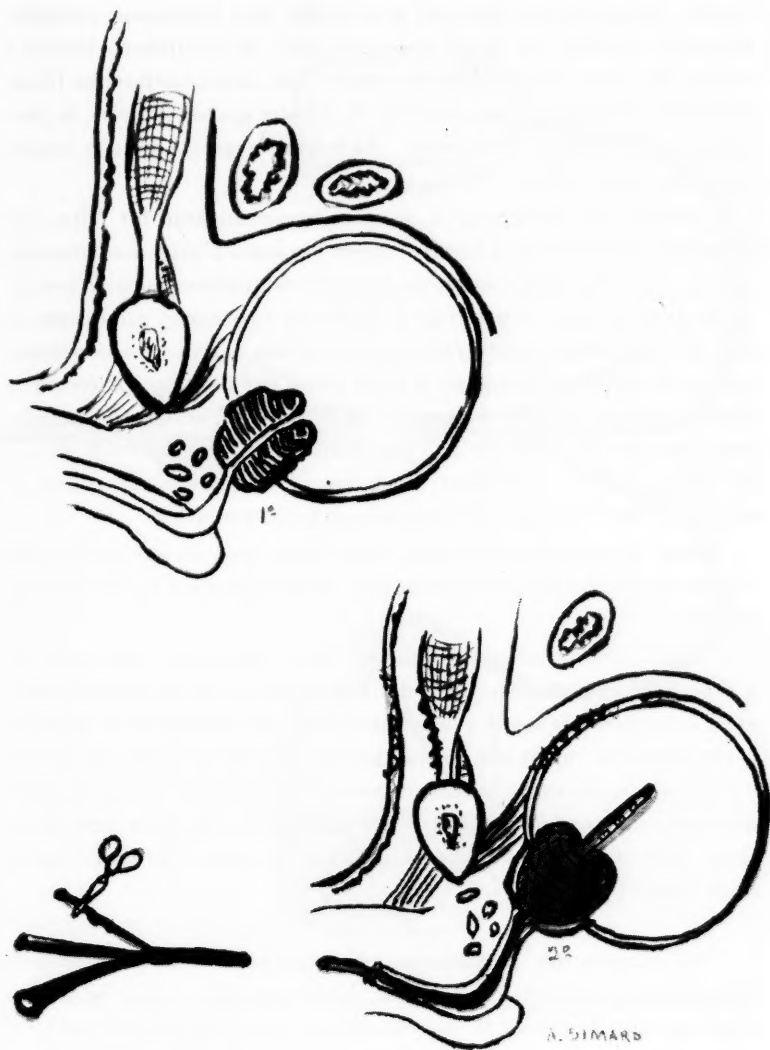


Figure 1.

1. — Adénome des glandes périurétrales.
2. — Adénome extirpé par voie suspubienne ; la sonde remplace maintenant la tumeur.

vessie. Nous n'avions pas osé, à ce stage, faire l'occlusion complète. Un petit drainage fut établi avec une lame de caoutchouc insérée à travers les tissus jusque dans la vessie. Les suites opératoires furent normales, l'hémorragie insignifiante, et, à notre grande surprise, la plaie opératoire se ferma en deux jours. Au bout de quatorze jours, le malade avait une vessie solide.

Enhardi par ce succès, la prostatectomie suivante fut faite avec fermeture complète de la vessie. Après six jours d'irrigation continue, goutte à goutte, nous constatons que 200 centimètres cubes d'eau injectés dans la vessie sont rejetés à l'extérieur sans aucun suintement de la plaie. La sonde fut alors enlevée, et le malade se leva. Le lendemain, comme le malade se plaignait d'avoir passé des petits corps étrangers dans son urine, la sonde à demeure lui fut reposée, et, dans la journée, cette dernière fut obstruée par des bouts du catgut qui avait servi à suturer la vessie. L'incident n'eut pas d'autres conséquences, et le malade quitta l'hôpital le 12<sup>e</sup> jour qui suivit l'intervention.

Dans les résections suivantes, nous fîmes deux surjets sur la plaie vésicale en évitant les points perforants et en employant un fil beaucoup plus fin.

Nous avons actuellement opéré dix-huit malades de cette façon, et n'avons eu qu'une alerte qui était due à un défaut du maintien de l'écoulement continu par la sonde à deux tubulures. Il se produisit un arrêt de la circulation de retour par obstruction des yeux de la sonde ; et comme il n'y avait pas de surveillant pour gonfler légèrement le ballon, il a fallu que nous vidions rapidement la vessie quelques heures après cette résection. Le malade ne s'en porta pas plus mal, et quitta l'hôpital 13 jours après l'opération.

Les dangers des prostatectomies suspubiennes et des résections transurétrales sont, en premier lieu, *les hémorragies*. Dans le cas des résections transurétrales, la compression sur la surface cruantée est faite à l'aveuglette ; dans la résection suspubienne elle est faite sous le contrôle de la vue, et la vessie n'est fermée que quand le suintement sanguin est insignifiant. *L'infection* est, en deuxième lieu, le danger redoutable chez ces malades déjà âgés. On se souvient des longues périodes de

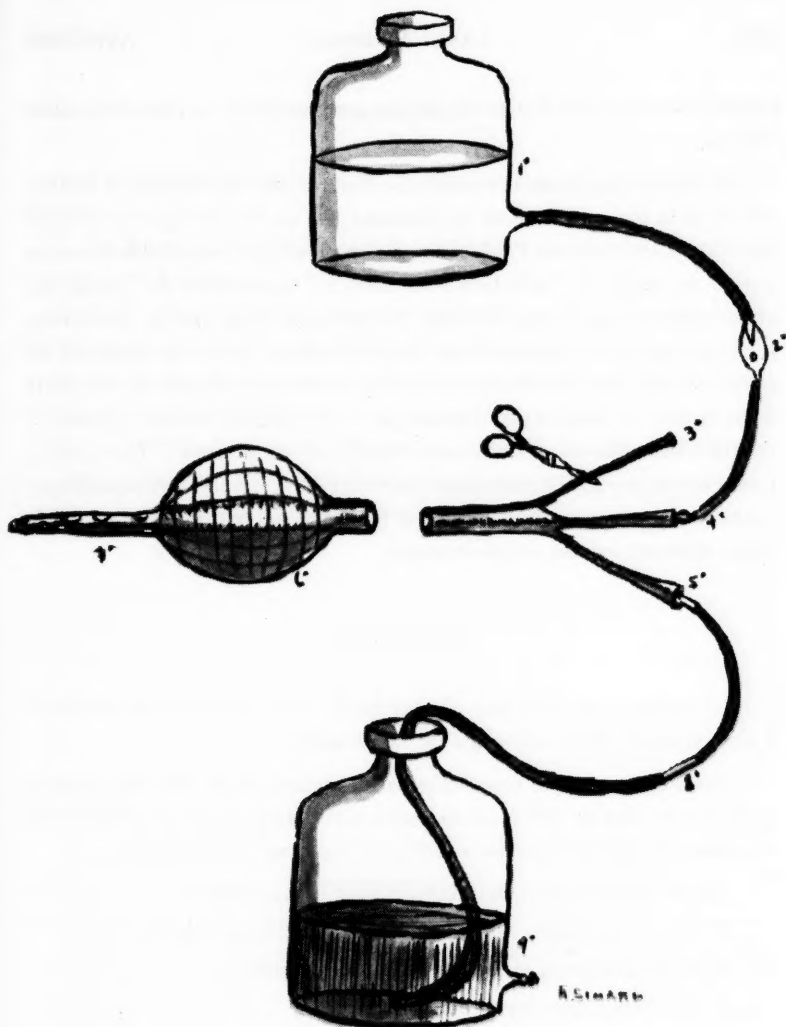


Figure 2.

1. — Bouteille, suspendue au-dessus du lit, contenant sérum plus coagulant ou désinfectant.
2. — Goutte à goutte.
3. — Tubulure pour gonfler le ballon.
4. — Tubulure pour l'entrée du liquide dans la vessie.
5. — Tubulure de retour.
6. — Ballon avec côtes de renforcement.
7. — Multiples orifices.
8. — Tube en verre pour voir la coloration du liquide de retour.
9. — Bouteille sous le lit.

suppuration et d'élimination de parties gangrenées au niveau de la plaie vésicale.

Comme nous avons remarqué que l'on raccourcit le temps de cicatrisation de la plaie vésicale en la réduisant par un ou deux points de crin, dans la semaine qui suit l'opération, il nous a semblé raisonnable de croire que la gangrène et l'infection sont dues à l'écoulement de l'urine par cette plaie et au corps étranger de drainage que l'on y maintient. L'hémorragie étant contrôlée par la compression, l'infection disparaît en supprimant le contact de l'urine avec les tissus par la fermeture complète de la vessie. L'asepsie est obtenue par la circulation continue, goutte à goutte d'une solution désinfectante dans la cavité vésicale. Cette circulation continue, qui est maintenue pendant 4 ou 5 jours, fait aussi disparaître les contractures vésicales et le ténesme, souvent entretenus par la sonde agissant comme corps étranger.

#### CONCLUSIONS

En préconisant cette nouvelle méthode, nous croyons avoir contribué à l'avancement de la chirurgie de la prostate.

Nous estimons que tous les malades atteints d'un adénome dont le poids est de plus de 100 grammes sont justifiables d'une prostatectomie suspubienne réalisée dans les conditions que nous avons décrites.

Les avantages de notre méthode sont les suivants :

1° Il y a réduction sensible des dangers d'hémorragie ;

2° L'infection est, le plus souvent, inexistante ;

3° L'intervention est totale et définitive ;

4° La durée de l'hospitalisation est la même que celle qu'exige une résection transurétrale sans complications. Actuellement, nos dix-huit malades sont parfaitement guéris après un séjour à l'hôpital variant de 6 à 14 jours après l'intervention.

Les difficultés résident dans le choix d'un personnel bien entraîné pour faire la surveillance attentive d'un drainage continu pendant les 8 à 10 premières heures.

## DISCUSSION

1. Le docteur Arthur Bédard préfère utiliser la méthode endo-urétrale ;
  2. Le docteur L.-P. Leclerc désire savoir s'il y a quelqu'inconvénient à employer le *gelfoam* ;
  3. Le docteur Simard croit que l'on peut être éventuellement obligé d'ouvrir la vessie par suite de la formation de calculs ;
  4. Le docteur Arthur Bédard cite un auteur qui l'a employé dans 125 cas sans inconvénients ;
  5. Le docteur Euchariste Samson n'a observé que peu d'accidents par l'emploi de cette substance dans les cholécystectomies. Par contre, le *gelfoam* fut une source d'ennuis dans les thyroïdectomies. (Pb. R.)
-

## CONSIDÉRATIONS SUR LES TUMEURS OSSEUSES

par

**Louis-Philippe ROY**

*Chef du Service d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu*

et

**J.-Louis LAROCHELLE**

*Assistant dans le Service d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu*

---

Après avoir relevé tous les dossiers de tumeurs osseuses traitées dans le Service depuis 5 ans, nous avons cru qu'il était opportun de faire quelques considérations sur les résultats obtenus.

Nous avons éliminé les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes secondaires pour nous intéresser aux tumeurs osseuses primitives malignes et tout spécialement à l'ostéosarcome et à la tumeur d'Ewing.

Voici 5 observations assez typiques qui, à notre avis, méritent quelques considérations :

### PREMIÈRE OBSERVATION

L. L., âgée de 2 ans, de sexe féminin, est admise, le 3 janvier 1947, pour une tuméfaction dure de la cuisse droite ainsi que pour de la gêne fonctionnelle à la marche. Le début, assez insidieux, remonte au mois d'août 1946, soit 5 mois avant l'admission.



Une radiographie suivie d'une biopsie nous fait poser un diagnostic de tumeur d'Ewing. Nous instituons immédiatement un traitement de roengenthérapie et, le 14 février, l'enfant quitte l'hôpital en voie de guérison.

Le 30 mai 1947, elle est revenue et la guérison semble assez complète pour qu'il n'y ait pas intérêt à instituer d'autre traitement.

*Résultat.* L'enfant est décédé en novembre 1947.

#### DEUXIÈME OBSERVATION

P. C., âgée de 16 ans, fait une chute sur le genou gauche au mois de mai 1946 et, dans les jours qui suivent, apparaissent de la douleur, du gonflement et de l'impotence fonctionnelle. Vu la ténacité de ces symptômes, elle est admise ici le 23 juillet 1946. La radiographie et l'histoire clinique nous font penser à une lésion bacillaire et un traitement approprié est institué. Le 2 août 1946, elle est réadmise et une biopsie confirme le diagnostic de sarcome. La mère refuse l'amputation et l'enfant meurt 2 mois après.

#### TROISIÈME OBSERVATION

R. F., âgé de 8 ans, est admis, le 29 octobre 1946, pour une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche. La radiographie montrant qu'il s'agit d'une fracture pathologique, une biopsie est faite et confirme un diagnostic d'ostéo-sarcome. Le traitement suivant est institué : radiothérapie profonde (6,000 r) en 4 jours et amputation au tiers supérieur de la cuisse. L'enfant est mort en 1947.

#### QUATRIÈME OBSERVATION

Jacques P., âgé de 14 ans, commence à présenter des douleurs et de la boiterie de la jambe gauche au mois de février 1947. Il est traité avec des ondes courtes. En avril, une radiographie est prise et, quelques jours plus tard, une biopsie montre qu'il s'agit d'un ostéo-sarcome de la

tête du péroné. L'enfant nous est confié le 1<sup>er</sup> mai 1947, et immédiatement il reçoit des doses massives de roengenthérapie (8,000 r en 4 jours), et une amputation est faite au tiers moyen de la cuisse.

Nous avons revu ce patient il y a quelques jours et il est en parfaite santé.

#### CINQUIÈME OBSERVATION

J. T., âgé de 26 ans, est traité au mois de février 1937 pour une tumeur à myéloplaxes, dont le diagnostic est confirmé par une biopsie.

Le traitement institué fut de la roengenthérapie. Ce patient fut traité ailleurs. Au mois de décembre 1943, il est admis ici pour récurrence, mais une biopsie, ou plutôt une excision de la rotule et des tissus environnants, révèle qu'il s'agit d'un sarcome.

Le patient refuse l'amputation et meurt un an plus tard.

Devant de tels résultats, nous croyons qu'il est nécessaire de donner les quelques caractères propres à l'ostéosarcome et à la tumeur d'Ewing, car nous sommes convaincus que ces renseignements peuvent aider le médecin praticien à faire un diagnostic précoce et à contribuer ainsi à l'abaissement du taux de mortalité.

#### *Ostéo-sarcome :*

C'est la plus fréquente des tumeurs malignes primitives du squelette et elle apparaît surtout chez les jeunes, soit entre 15 et 25 ans. L'ostéosarcome a une prédilection pour les os longs, surtout ceux du membre inférieur, et son lieu d'élection est la région juxta-épiphysaire. Son évolution est très rapide et les métastases se font par voie veineuse.

Le premier signe clinique est habituellement la douleur constante, lancinante, tenace, augmentant très rapidement d'intensité et plus forte la nuit. Une certaine gêne fonctionnelle survient ensuite dans le membre atteint puis apparaît un gonflement plus ou moins dur, chaud et peu douloureux à la pression. A quelques exceptions près, l'hypertrophie ganglionnaire n'existe pas. L'état général s'altère rapidement et la mort survient au bout de un à deux ans.

Quant aux métastases, elles se font surtout aux poumons et au foie.

Au début, le diagnostic est très difficile à faire, car la radiographie n'est pas toujours caractéristique, mais des examens radiologiques répétés de semaine en semaine peuvent nous permettre de poser ce diagnostic, et d'une façon assez précise.

La biopsie est un moyen diagnostique rapide et sûr. On s'objecte encore, et pour des motifs sérieux, à la biopsie, car, d'après certains auteurs, elle favoriserait les métastases. Quoiqu'il en soit, il faut faire un diagnostic précoce si l'on veut instituer un traitement efficace, et seule la biopsie nous permet de le faire. Quels que soient les arguments que l'on invoque pour favoriser ou interdire la biopsie, nous croyons que notre responsabilité sociale, comme médecins, nous oblige en conscience à prendre toutes les précautions voulues avant de poser un acte aussi radical que celui d'amputer un membre.

Quant au traitement de l'ostéo-sarcome au niveau d'un membre, l'amputation est formellement indiquée et le plus rapidement possible.

On recommande d'administrer, pendant les quelques jours qui précèdent l'amputation, des doses très fortes de radiothérapie profonde dans le territoire où est localisée la lésion.

S'il y a des métastases ou si la tumeur siège ailleurs que sur les membres, seule la radiothérapie est indiquée.

Cependant, malgré une thérapeutique si énergique, les résultats sont très décevants car le pronostic semble presque toujours fatal, et assez rapidement.

#### *Sarcome d'Ewing :*

Il se rencontre surtout chez les très jeunes et se développe dans la diaphyse des os longs, ayant une prédilection toute spéciale pour le fémur.

Il évolue par poussées fébriles et douloureuses, calmées par le repos du membre et il simule très bien une ostéomyélite. Après quelques poussées, apparaît une tuméfaction chaude, faisant corps avec l'os et se développant très rapidement.

Le diagnostic se fait par la radiographie, avec ses caractères assez précis, et par la biopsie.

Quant au traitement, ici la radiothérapie profonde à hautes doses donne des résultats locaux merveilleux ; cependant les métastases, qui se produisent rapidement, causent la mort du sujet. Toutefois, le pronostic semble meilleur que dans l'ostéo-sarcome.

Nos statistiques peuvent se résumer comme suit : sur vingt et un cas de tumeurs osseuses primitives malignes traitées selon les procédés classiques, nous avons une survie de :

5 ans : 0 ; 4 ans : 0 ; 3 ans : 3 ; 2 ans : 6 ; 1 an : 8 ; moins de 1 an : 3, ce qui fait un total de vingt cas ; dans un cas, nous n'avons pu obtenir d'information.

Des résultats aussi déplorables appellent quelques considérations.

Chez nos patients, le diagnostic n'a été fait que de deux à huit mois après le début de leur maladie. C'est pourquoi nous insistons pour que le diagnostic soit posé très précocement, car nous sommes convaincus que si la lésion est traitée dès le début, le pronostic sera meilleur.

Dans tous les cas nous avons fait une biopsie. A-t-elle été responsable des métastases ?

Cependant, il nous répugne d'amputer un membre sans avoir une certitude absolue quant à la nature de l'affection.

Pour conclure, nous suggérons au médecin praticien de toujours suspecter de malignité les tumeurs osseuses qu'il observe et de prendre immédiatement les moyens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précoce. Cette façon de procéder procurera à son patient toutes les chances possibles de survie.

#### DISCUSSION

1. Le docteur L.-P. Roy avoue que les résultats obtenus sont décevants et inférieurs à ceux que montre la clinique Mayo. A ce dernier endroit, les chirurgiens rapportent une survie de 25 à 40 p. cent, cinq années après que le diagnostic a été posé et le traitement institué. Leurs malades sont observés à un stade précoce de la maladie.

Les orthopédistes réunis en congrès à Chicago et à Winnipeg préconisèrent des doses massives de roentgenthérapie, doses voisines de la brûlure.

Le docteur Roy est un tenant de la biopsie lorsque la clinique et la radiographie ne peuvent établir le diagnostic de façon certaine. Mais cette opinion est fort discutée. Dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, publiés en 1933, on rapporte treize cas de tumeurs osseuses malignes dont onze avaient eu une biopsie suivie plus tard de la mort et deux qui ont été opérés sans avoir eu de biopsie et qui survécurent.

2. Le docteur François Roy fait remarquer que les biopsies pratiquées dans les tumeurs osseuses des membres doivent être effectuées après la pose d'un garrot sur le membre intéressé.

3. Le docteur Antoine Pouliot a obtenu les mêmes résultats post-opératoires que ceux des rapporteurs. Il a des statistiques nettement défavorables dans le sarcome d'Ewing. Il fait traiter radiothérapiquement avec des doses massives les ostéo-sarcomes et les tumeurs à Hodgkin. Il fait toujours précéder ses amputations de membres d'une biopsie. (*Ph. R.*)

---

## OTO-SCLÉROSE, SURDITÉ ET FENESTRATION

par

Paul FUGÈRE

*de l'Hôtel-Dieu*

---

Avant d'étudier l'oto-sclérose et son traitement, nous croyons utile de traiter succinctement de la surdité en général. Celle-ci peut se manifester sous bien des formes, chacune d'elles comportant un pronostic et un traitement bien différents. Vous en connaissez probablement les trois principaux aspects cliniques : la surdité de transmission, causée par des lésions de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne ; la surdité de perception, produite par des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif et la surdité mixte, qui est l'aboutissant d'une association des lésions signalées pour les deux premières catégories de sourds.

Ces diverses sortes de surdité reconnaissent des facteurs étiologiques nombreux et, dans les maladies de l'oreille comme dans toute autre maladie de l'organisme, pour pouvoir établir un traitement efficace il faut bien en connaître l'étiologie et la pathogénie.

Étudions, en premier lieu, les facteurs de la surdité dite de transmission, ainsi appelée parce que les ondes vibratoires sonores ne peuvent atteindre le centre récepteur de l'oreille interne. Un des plus connus est certainement l'existence d'un bouchon de cérumen dans le canal auditif externe. Il suffit d'enlever le cérumen pour que la surdité disparaisse immédiatement. Les otites produisent aussi de la surdité, parce que

les sécrétions purulentes diminuent l'intensité des vibrations sonores. Une oreille asséchée peut souvent aussi devenir sourde, parce que le processus cicatriciel produit des bandes fibreuses qui empêchent la mobilité normale de la chaîne des osselets. Des granulations situées près de la fenêtre ovale vont agir de la même façon. Une trop forte rétraction du tympan causée par une obstruction tubaire peut aussi produire le même effet. Voilà quelques-uns des facteurs de la surdité de transmission. Il en existe un autre, très important, dont tous les médecins connaissent au moins l'existence, mais qui, tout de même, n'est pas très bien connu ; je veux parler de l'oto-sclérose.

*Qu'est-ce que l'« oto-sclérose » ?* Plusieurs médecins sont sous l'impression qu'il s'agit là d'une sclérose générale de l'oreille, commençant par le tympan et s'étendant ensuite aux osselets, à la fenêtre ovale et, enfin, à l'oreille interne. Il n'en est pas ainsi. Kerrison nous en donne une très bonne définition dans son volume sur les maladies de l'oreille : « Le terme d'oto-sclérose, dit-il, est employé pour décrire une maladie où, indépendamment de toute lésion concomitante de la caisse, la capsule osseuse entourant le labyrinthe est le siège d'une lésion chronique non suppurante et diminuant la fonction auditive. » Le labyrinthe osseux normal est composé d'une couche d'os très dur dérivant directement de la capsule cartilagineuse de l'embryon et entourée d'une couche d'os lamellaire. Cette dernière dérive du muco-périoste de l'oreille moyenne et de la couche ostéogénique de la dure-mère. Au microscope, on note que la lésion d'oto-sclérose ne renferme aucune des caractéristiques d'un processus inflammatoire. Cette lésion, en effet, est essentiellement caractérisée par l'absorption d'une région de la capsule labyrinthique osseuse et son remplacement par un nouvel os d'aspect spongieux. On y remarque un élargissement anormal des canaux de Havers, de larges espaces médullaires contenant de nombreuses cellules multinucléées et des gros vaisseaux sanguins à parois minces. Ce nouvel os montre aussi une très forte affinité pour l'hématoxyline et le carmin. Sa ligne de démarcation est toujours très nette. Cette tumeur peut garder son caractère spongieux ou elle peut, à la longue, se changer en tissu osseux dense.



Elle est située, en règle générale, immédiatement au-dessus et en avant de la commissure antérieure de la fenêtre ovale et, quand elle envahit la limite antérieure et supérieure de cette fenêtre, elle cause de la surdité par fixation de l'étrier. Gray explique cette fixation de l'étrier de la façon suivante : « La tumeur détruit les vaisseaux nourriciers du ligament annulaire qui finit par être absorbé et remplacé par du tissu osseux spongieux qui, plus tard, peut, lui aussi, être transformé en tissu osseux compact. » Le deuxième siège de prédilection de cette lésion est dans le voisinage de la fenêtre ronde. Il est à remarquer que, jusqu'à aujourd'hui, on n'a jamais rencontré de lésion d'oto-sclérose sur la partie ampullaire du canal semi-circulaire horizontal. Ceci est très important, parce que c'est à ce niveau que Lempert fait sa fenêtre.

*Quelles sont les manifestations cliniques de cette tumeur osseuse du labyrinthe ?* On observe une surdité graduelle et bilatérale, d'après Bezold, dans 88 p. cent des cas. Elle est deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Dans la majorité des cas, le tinnitus est présent et, après plusieurs années d'évolution de la maladie, le malade consulte souvent plus pour son bourdonnement d'oreille que pour sa surdité. D'après Guild, qui a publié ses statistiques sur 1,161 autopsies, les lésions d'oto-sclérose se rencontrent chez 8 p. cent des individus, mais elles ne causent une fixation complète de l'étrier que chez 2 p. cent d'entre eux. Cela veut dire que de nombreuses personnes peuvent souffrir d'oto-sclérose sans être atteintes de surdité. Ce fait est à retenir, parce que l'oto-sclérose revêt un caractère familial et qu'elle peut apparaître dans une famille sans qu'elle ait été suspectée antérieurement. Cette maladie débute souvent au moment de la puberté et elle est aggravée par les grossesses et la ménopause. Au cours de la première grossesse, la probabilité de l'apparition de l'oto-sclérose est d'environ 5 p. cent ; dans les grossesses suivantes, elle est de 10 p. cent. Le danger d'aggravation d'une oto-sclérose déjà constituée cliniquement est cependant beaucoup plus grand : de la première à la deuxième grossesse, il est de 30 à 60 p. cent ; et pour plus de deux grossesses il est de 80 p. cent. Pour cette raison, plusieurs auteurs ont essayé un traitement endocrinien mais, malheureusement, jusqu'à aujourd'hui, nous ne croyons pas qu'on ait obtenu

nu des guérisons de cette maladie par cette thérapeutique. A ce point de vue, Escat ne croit pas qu'aucune glande endocrine soit responsable de l'oto-sclérose, mais il pense qu'il s'agit plutôt d'un déséquilibre endocrinien.

Au point de vue de l'étiologie de cette maladie, outre le facteur endocrinien, nous croyons qu'il faut attacher une grande importance à l'hérédité. Turner va même jusqu'à dire que, dans 50 p. cent des cas, on peut trouver une histoire familiale de surdité. Il est à noter que, dans les familles où cette maladie existe, tous ceux qui en sont atteints appartiennent au même groupe sanguin. Cela montre que l'oto-sclérose a une tendance à suivre les lois de l'hérédité. Parmi les autres processus pathologiques qui ont été mentionnés comme causes probables nous relevons le rhumatisme, l'anémie, l'auto-intoxication intestinale et un taux anormal de cholestérol sanguin. Cependant, E. P. Fowler a prouvé que, chez cinquante-huit sujets atteints d'oto-sclérose clinique, il n'y avait aucune modification importante du taux du cholestérol.

Avant de parler des caractères de la surdité rencontrés chez les oto-scléreux, nous voudrions dire quelques mots sur l'audiomètre et le diapason. L'examen audiométrique est indispensable pour l'auriste qui veut faire de sa pratique un travail intéressant. Nous nous permettons de donner, pour les médecins qui ne sont pas spécialisés en cette matière, quelques explications sur l'audiomètre. C'est un appareil capable d'émettre des sons purs à différentes fréquences, et, grâce à son microphone, il peut évaluer, en décibels, l'intensité de la voix parlée. Les appareils que l'on peut actuellement se procurer donnent le *do* à partir de 64 d.v.s., et celui de toutes les octaves intermédiaires jusqu'à 8,192 vibrations. En plus, ils fournissent la quinte, à trois octaves : 2,896, 5,792 et 11,584 d.v.s. ; cette dernière représentant la note la plus haute de l'audiomètre. Sachant que les fréquences comprises dans la voix parlée sont de l'ordre de 200 à 4,000 d.v.s., et cela en tenant compte des tonalités secondaires, avec un tel champ audiométrique il nous est donc possible de connaître assez exactement ce que le malade entend et ce qu'il n'entend point. A notre bureau, pour faire cet examen, nous avons une chambre partiellement silencieuse parce qu'il ne faut pas que les bruits environnants, même dans un milieu relativement tranquille, changent les résultats de nos

examens. (Nous soulignons en passant, qu'il est pratiquement impossible d'obtenir une chambre totalement silencieuse.) Nous insistons sur l'importance de l'audiométrie, parce que nous considérons que cet examen fournit des renseignements appréciables et que, à notre avis, il est beaucoup trop négligé sous prétexte que cet examen est assez long. Quant à nous, nous faisons un examen audiométrique à tous les malades qui viennent nous consulter pour une otite chronique et des bourdonnements d'oreilles, bien que, souvent, ils se plaignent peu de surdité.

Le malade aime recevoir un traitement qui assèche son oreille, mais si, de plus, on améliore l'état de son audition, il sera très satisfait de connaître le pourcentage de cette augmentation. D'un autre côté, quand on opère un malade, l'audiomètre permet de comparer son seuil d'audition postopératoire à celui qui existait avant l'intervention. Quant au bourdonnement, comment savoir s'il prend naissance dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne, si on ne fait pas d'examen au diapason ou à l'audiomètre?

Fait dans de bonnes conditions, nous verrons que l'audiogramme, chez l'oto-scléreux, nous montre une surdité de conduction, c'est-à-dire qu'il y a une perte auditive pour les notes basses alors que les notes hautes sont perçues de façon sensiblement normale. La conduction osseuse, qui représente l'état du nerf auditif, demeure normale ou bien elle est augmentée. L'examen au diapason, s'il est bien fait, ce qui est difficile, donnera les mêmes résultats. L'épreuve de Weber, qui est faite en plaçant, sur la ligne médiane du crâne, un diapason donnant 256 d.v.s., permettra au malade de percevoir les vibrations avec son oreille la plus sourde. L'épreuve de Rinne (qui est le rapport entre la conduction aérienne et la conduction osseuse) est renversée ou négative. Normalement, la conduction aérienne est deux fois plus longue que la conduction osseuse et si cette dernière prend le dessus on dit que le Rinne est renversé. Naturellement, pour que tous ces examens nous renseignent utilement, il faut examiner seulement une oreille à la fois. Cela peut paraître facile, mais cela ne l'est pas toujours, spécialement chez les individus où il existe une grande différence de surdité entre les deux oreilles. Pour cette raison, il faut masquer (du terme anglais *masking*)

l'oreille qui n'est pas examinée en lui faisant entendre un bruit sourd avec l'appareil de Barany.

Si l'oto-sclérose évolue depuis plusieurs années, la courbe audiométrique peut changer et on voit apparaître une courbe mixte, c'est-à-dire qu'il y aura aussi une perte de la conduction osseuse. Il s'agit là, croyons-nous, d'une dégénérescence secondaire du nerf auditif par manque d'activité.

L'audiométrie nous permet aussi de distinguer l'oto-sclérose de la surdité nerveuse, avec encore plus de certitude, en mettant en évidence le phénomène de la récupération auditive. Il s'agit là d'une augmentation considérable de la sensation auditive, alors que l'intensité du bruit en cause a très peu augmenté. En sensation auditive, par exemple, ces malades peuvent gagner par une simple augmentation d'intensité de quinze décibels ce qu'une oreille normale gagne par une augmentation d'intensité de cinquante décibels. Ce qui veut dire que certaines gens souffrant de surdité nerveuse incomplète, entendront un bruit très fort, disons d'une intensité de quatre-vingts décibels, exactement avec la même intensité qu'une personne ayant une audition normale. Cela explique pourquoi on entend souvent des personnes qui ont l'oreille dure s'écrier : « Tu n'as pas besoin de parler si fort, je ne suis pas sourd. » L'oto-sclérose, par contre, ne présente pas ce phénomène de la récupération. Chez lui, écrivent Ersner et Saltzman, la force d'augmentation n'affecte pas l'oreille interne, puisque cette force s'épuise à traverser un mur épaissi ; au contraire, chez celui qui souffre de surdité nerveuse, c'est-à-dire chez celui où des cellules sensorielles correspondant à une fréquence donnée sont dégénérées et incapables de contribuer à la fonction auditive, une forte augmentation d'intensité mettra en mouvement les parties adjacentes de la membrane basilaire et cela produira alors le phénomène de la récupération.

L'examen otoscopique chez l'oto-sclérose nous montre que le tympan est à peu près normal et, naturellement, nous ne voyons aucun signe d'infection de la caisse. La trompe d'Eustache est normale et l'insufflation n'apporte aucune amélioration. Witmaack prétendait que, chez ce malade, il fallait voir une tache rosée au milieu du tympan ; cette tache est produite par une hyperhémie du promontoire. Il n'en est pas du

tout ainsi et cette tache, en réalité, est plutôt rare, ce qui est heureux, parce que le chirurgien qui opère un de ces malades éprouve toujours beaucoup de difficultés à faire l'hémostase.

Maintenant que nous avons étudié en détails l'oto-sclérose, il reste à savoir ce que l'on peut faire pour guérir cette maladie. Inutile de dire que, depuis plusieurs dizaines d'années, l'oto-sclérose a été un des problèmes les plus difficiles de tous ceux que devait envisager l'auriste. On essaya de très nombreux traitements médicaux qui furent, presque toujours, décevants. Politzer prescrivit de l'iodure de potassium ; Siebenmann recommanda d'administrer du phosphore pendant plusieurs années. Les extraits glandulaires, comme nous l'avons mentionné plus haut, furent aussi essayés mais ils ne donnèrent pas de résultats. De toute façon, au moyen de ces médicaments on ne pouvait pas guérir la surdité ; on retardait tout au plus l'évolution de la maladie.

Il faut étudier d'une façon toute particulière les appareils acoustiques. Les améliorations apportées aux acoumètres par quelques manufacturiers américains, depuis une dizaine d'années, sont réellement considérables. On a, en effet, mis en vente une série d'appareils comportant une augmentation variable d'intensité pour différentes fréquences, selon les besoins de chacun des malades. Pour cette raison, nous croyons qu'il ne faut pas accepter que n'importe qui peut devenir, du jour au lendemain, un vendeur d'appareils acoustiques. Seul, le médecin devrait avoir le droit de prescrire de ces appareils et il ne devrait le faire qu'après avoir effectué l'examen complet du malade, ce qui comprend :

1° L'otoscopie, la rhinoscopie et la naso-pharyngoscopie ;

2° L'examen audiométrique, comportant la détermination du seuil minimum d'audition pour les sons purs et pour la voix parlée, du seuil normal de l'audition pour la voix haute, du seuil de la sensation douloureuse pour l'audition de la voix haute.

Chez l'oto-scléreux, la différence entre le seuil normal et le seuil de la sensation douloureuse est assez grande puisqu'il n'existe pas de phénomène de récupération ; chez lui elle peut être de l'ordre de trente décibels ou plus. Dans les cas de surdité nerveuse, au contraire, cette différence entre les deux seuils est souvent très petite et il devient parfois extrêmement difficile de choisir un appareil qui donnera satisfaction au

malade. Si le malade n'a pas un appareil convenable, l'intensité des sons émis par celui-ci peut, en effet, dépasser le seuil de la sensation douloureuse du malade et il y aura traumatisme de l'oreille interne.

Ces examens, on se l'imagine facilement, sont assez longs et difficiles et ils ne peuvent pas être faits par n'importe quel vendeur. Certains fabricants ont de bons techniciens mais ceux-ci sont généralement peu nombreux dans notre province.

A ce sujet, nous nous demandons s'il ne serait pas temps d'imiter les Américains qui possèdent, dans de nombreuses villes, des cliniques pour la *prévention de la surdité*. Ces cliniques, subventionnées par le gouvernement, sont sous la direction immédiate d'un auriste averti et chaque fabricant d'appareils acoustiques officiellement reconnus par l'*American Medical Association* y a son représentant. Il existe aussi des cliniques ambulantes qui parcourent les campagnes.

Les malades opérables sont dirigés vers les médecins : ceux qui peuvent profiter d'un appareil acoustique y reçoivent tous les renseignements nécessaires et ceux qui ont perdu à tout jamais l'usage de l'ouïe sont admis dans des écoles où on leur enseigne à interpréter le langage des lèvres. Les enfants d'âge scolaire y sont aussi examinés périodiquement.

Ces cliniques rendent de grands services et, si elles existaient chez nous, nous sommes sûr que l'on verrait moins de sourds non traités ou mal traités. L'exemple suivant illustre bien notre pensée : nous avons vu récemment, à l'hôpital, un malade qui avait consulté un ophtalmologiste pour un ulcère de la cornée et, avant de quitter l'hôpital, il demanda à ce médecin d'examiner son oreille droite qu'il avait munie d'un appareil acoustique depuis assez longtemps. Le médecin fut surpris d'y voir un bouchon de cérumen et le malade fut encore plus étonné d'entendre très bien après un lavage du conduit auditif externe.

Nous tenons à faire remarquer que l'appareil acoustique comporte plusieurs inconvénients, si on compare ses résultats à ceux du traitement chirurgical de l'oto-sclérose. Les opérés qui ont porté, avant l'opération, un appareil acoustique disent que les résultats obtenus par celui-ci ne peuvent pas être favorablement comparés aux résultats obtenus par la fenestration. Sans parler des manipulations qu'il exige et des bruits



disparates qui y sont développés, l'appareil donne une fausse sécurité au malade qui, un jour, trouvera que son appareil n'a plus la même valeur qu'au début parce que, durant tout ce temps, la lésion d'oto-sclérose aura continué de progresser et qu'à ce moment il sera trop tard pour faire une intervention chirurgicale, car le nerf auditif sera secondairement lésé.

Dans le traitement chirurgical de l'oto-sclérose, plusieurs procédés ont été essayés avant l'intervention dite de l'ouverture du labyrinthe telle que la pratique Lempert. Nous en citons quelques-uns :

1° On essaya de mobiliser l'étrier au moyen d'instruments qui étaient introduits par une fenêtre faite dans le tympan ;

2° D'autres auristes coupèrent les tendons des tenseurs du tympan et des muscles du marteau : cette intervention s'avéra inutile ;

3° Résection de l'enclume, du marteau et de la partie tendue du tympan ;

4° Barany, en 1904, fut le premier à suggérer l'établissement d'une fistule labyrinthique dans le canal semi-circulaire postérieur : il réussit à faire entendre son malade, mais seulement pour quelques jours ;

5° En 1914, Jenkins ouvrit le canal horizontal chez deux malades et obtint une amélioration temporaire ;

6° En 1917, Holmgren fit une fenêtre sur la paroi supérieure du canal semi-circulaire antérieur en enlevant l'os entre la dure-mère et le canal ; plus tard, il modifia sa technique et opéra avec quelques bons résultats trente-cinq malades ; il faisait sa fenêtre sur le canal horizontal et il la recouvrait de mucopérioste provenant du canal lui-même ;

7° En 1924, Sourdille, en France, préconisa une opération sur le labyrinthe en quatre ou cinq temps ; il eut, lui aussi, des résultats temporaires.

Tous ces chirurgiens eurent à surmonter la même difficulté : la fermeture de la fenêtre dans les semaines qui suivaient l'opération. Une autre complication qu'il fallait aussi craindre était la labyrinthite.

En 1938, Julius Lempert, de New-York, préconisa une technique tout à fait nouvelle et qui s'est montrée très efficace. A travers une approche endaurale, c'est-à-dire en passant par le canal, il fait une mastoïdectomie complète tout en protégeant la paroi cutanée du canal auditif externe qui servira, avec le tympan lui-même, à recouvrir la



nouvelle fenêtre faite sur la portion ampullaire du canal semi-circulaire horizontal. L'approche endaurale permet au chirurgien d'avoir une bien meilleure vue sur la caisse et les canaux semi-circulaires et elle lui permet également de faire sa fenêtre à l'aide d'une fraise semblable à celles que l'on voit chez les dentistes.

Cette fenêtre mesure environ cinq millimètres de longueur et deux millimètres de largeur. Lempert fait aussi ce qu'il appelle la squelettisation des canaux semi-circulaires, ce qui a pour effet de diminuer la vascularisation autour de la nouvelle fenêtre et d'empêcher ainsi la régénération osseuse. Depuis quelque temps, il emploie, pour finir la fenêtre, des fraises en plomb qui laissent, à la périphérie de la fenêtre, un léger dépôt qui empêche la régénération osseuse. Quant au danger de labyrinthite, il est pratiquement éliminé avec les méthodes modernes d'asepsie chirurgicale et les antibiotiques, comme la pénicilline et les sulfamidés.

Cette opération pour la surdité est reconnue comme l'une des plus délicates interventions chirurgicales. En effet, le chirurgien doit travailler dans une petite cavité renfermant plusieurs organes importants : les méninges, le sinus, le nerf facial et le labyrinthe membraneux. Pour cette raison, Lempert emploie des lunettes grossissantes de Zeiss ou même un microscope spécial qui grossit le champ opératoire huit fois. Il faut aussi éviter le moindre saignement qui produirait un dépôt sérofibrineux dans la fenêtre et favoriserait la régénération osseuse. Dans ce but, l'opération se fait, autant que possible, sous anesthésie locale précédée d'une très forte prémédication. En plus, toute l'hémostase se fait par électro-coagulation et, lorsque c'est l'os lui-même qui saigne, on obtient une très bonne hémostase en passant la fraise à polir sur la région qui saigne. Cette manœuvre remplace avantageusement le *bone wax*.

Cette opération de la fenestration permet aux ondes vibratoires sonores d'atteindre le labyrinthe par un autre chemin. La lésion d'otosclérose peut continuer d'évoluer, mais le malade continuera d'entendre pourvu que la fenêtre nouvellement percée reste ouverte. Nous connaissons des malades qui ont été opérés, il y a près de dix ans, sans présenter aucun signe de régénération osseuse. On considère qu'une fenêtre

qui ne se ferme pas dans les dix-huit mois qui suivent l'opération est une fenêtre qui restera toujours ouverte. Environ 80 p. cent de ceux qui subissent l'opération recouvrent une acuité auditive normale et 80 p. cent de ces derniers conservent cette audition normale ; cela veut dire qu'à peu près 65 p. cent des malades qui ont été opérés obtiennent des résultats permanents.

Dans ce travail nous avons parlé surtout de l'oto-sclérose que nous avons comparée, à plusieurs reprises, à la surdité nerveuse pour en faire comprendre les caractères très différents.

Avant de terminer, nous voudrions dire quelques mots de la surdité nerveuse ou de perception. Dans ce cas, on constatera qu'à l'audiométrie, non seulement la conduction aérienne, mais aussi la conduction osseuse sont très diminuées ou même disparues. En règle générale, dans les cas de surdité de perception, la transmission aérienne est moindre que dans les cas de surdité de conduction. De plus, le phénomène de récupération est présent.

Au point de vue étiologique, mentionnons les infections et les intoxications graves, la sénilité, le bruit qui, à la longue, est traumatisant pour l'organe de Corti, etc. Parmi les toxiques exogènes, la quinine, les salicylates et la streptomycine ont une place d'honneur. H. C. Howard rapporte qu'un gramme de quinine pris, deux jours de suite, à des intervalles d'une semaine, est suffisant pour produire une diminution de vingt décibels dans l'audition des fréquences de la voix de conversation. Si l'usage de ce médicament est prolongé, la surdité peut être permanente. La streptomycine, à hautes doses, durant plusieurs semaines, donnera souvent des troubles identiques. Nous recommandons donc fortement de prendre régulièrement des audiogrammes chez les malades qui reçoivent ces médicaments et, si on s'aperçoit que la courbe audiométrique baisse, il faut en interrompre, si possible, l'administration. Au point de vue prévention, nous croyons que ces trois médicaments devraient être employés avec grande précaution chez ceux qui souffrent de bourdonnements d'oreilles.

En terminant, nous voulons de nouveau attirer l'attention sur l'importance d'une clinique pour la *prévention de la surdité*. Dans un milieu bien organisé, chaque malade y est examiné et on lui conseille, selon ses

besoins, *soit* de consulter un chirurgien, quand il s'agit d'une opération, *soit* de se procurer un appareil acoustique qui convienne parfaitement à son genre de surdité, *soit*, enfin, d'entrer dans une institution où on lui enseignera à lire le langage des lèvres.

Nous avons résumé assez rapidement comment, aujourd'hui, un auriste peut résoudre le grand problème de la surdité dont on connaît, comme nous le signalions au début, trois formes distinctes : surdité de conduction, surdité de perception et surdité mixte.

Quelle que soit la forme de surdité à laquelle il appartienne, le sourd peut aujourd'hui être aidé ; il peut souvent même être guéri. De nouveau, il peut vivre dans la société des hommes et gagner honorablement sa vie.

## **THÉRAPEUTIQUE HORMONALE ET PSYCHOSES**

par

**Sylvio CARON, Charles-A. MARTIN**

et

**Lionel-H. LEMIEUX**

*Clinique Roy-Rousseau*

---

Si on observe fréquemment, au cours des périodes menstruelles chez la femme normale, de petits désordres psychiques, comme des troubles du caractère, de l'irritabilité et même, parfois, l'esquisse d'un état dépressif, on note souvent, au cours de cette période, l'exacerbation des troubles mentaux chez les femmes atteintes de psychose ou de névrose.

Les diverses étapes de la vie génitale féminine peuvent être génératrices de manifestations psychopathiques. Les obsessions et les états schizophréniques apparaissent à la puberté. La gravidité fait éclater des syndromes confusionnels. La ménopause peut s'accompagner d'états maniaques ou dépressifs (20).

Qu'il existe des psychoses à étiologie endocrinienne certaine, la clinique l'a depuis longtemps constaté. Depuis dix ans, cependant, les importants progrès de la physiologie et de l'endocrinologie ont mis à la disposition des chercheurs des techniques assez précises d'analyse biologique et histologique (8, 17) et des produits hormonaux, naturels et

synthétiques, de puissance remarquable et d'action spécifique élective. Ces découvertes ont incité de nombreux auteurs à préciser les rapports des perturbations ovariennes et des troubles mentaux (12, 4).

Allen (2) étudie la fonction menstruelle chez des schizophrènes, des maniaques, des mélancoliques et des névrosées et il reconnaît qu'il y a une corrélation étroite entre les facteurs psychiques émotionnels et les troubles menstruels.

Ripley et Papanicolaou (16) montrent que plus la psychose est grave plus les anomalies menstruelles sont importantes et que l'amélioration mentale s'accompagne du retour à la normale de la fonction menstruelle.

Plus récemment, Paul Abély (1) fait les mêmes constatations et il base sur elles un traitement plus rationnel et un pronostic plus certain des maladies mentales. Tant que l'aménorrhée persiste chez les démentes précoces, le succès de l'insulinothérapie reste possible. En revanche, quand, après une longue suppression, les règles réapparaissent sans modification du psychisme, le pronostic s'assombrit considérablement : les malades se sont installées dans leur psychose. Chez les jeunes déprimées, la suspension des règles est moins tenace que dans les cas de manie. Souvent, l'électro-choc favorise la réinstallation du cycle menstruel. Beaucoup de mélancoliques guéries qui ne voient pas réapparaître leurs règles, présentent un accès maniaque, peu de temps après la guérison de leur état dépressif. Dans les états d'excitation, les aménorrhées sont plus fréquentes et le retour de la fonction menstruelle indique une guérison plus stable. Dans les formes, dites lutéiniques, de l'excitation maniaque, le flux menstruel ne subit souvent aucune modification. D'autres fois, après un bref arrêt au début de l'accès, les règles se rétablissent rapidement et souvent spontanément. Fréquemment, dans ce cas, un seul électro-choc raccourcit le cycle menstruel et les menstruations reviennent après un intervalle de quinze à vingt jours seulement. En général, ces accès guérissent vite, mais ils ont une tendance à récidiver dans les périodes lutéiniques des menstrues.

La clinique a permis à Hamburger et à Courtin (12) d'observer une psychose folliculinique qu'on pourrait dire expérimentale. Il s'agissait d'une femme de trente-deux ans à qui on avait malencontreusement fait ingérer de fortes doses de folliculine dans le but de combattre un état

d'asthénie qui la rendait inapte à toute activité et qui s'accompagnait d'oligoménorrhée. Dès lors éclatèrent soudainement des manifestations d'onirisme, d'angoisse et d'insomnie. Bientôt, des éléments cénestopathiques s'ajoutèrent. La malade passa alternativement par des phases d'excitation psychomotrice et des phases d'immobilité physique et de mutisme absolu. Les troubles, qui durèrent plusieurs mois, s'exagérèrent nettement au quatorzième jour du cycle menstruel correspondant à la ponte ovulaire. L'analyse démontra un excès de folliculine dans le sang et dans l'urine. Tout rentra dans l'ordre quand on lui eut administré de la progestérone.

Baruk (4) a partiellement reproduit expérimentalement certains de ces troubles d'hyperfolliculinie chez des animaux de laboratoire.

Par quel mécanisme les troubles de la fonction génitale provoquent-ils ou exagèrent-ils les troubles mentaux chez la femme? L'hormone sexuelle agirait-elle par neurocrinie ou par hémocrinie sur le tissu nerveux comme sur un récepteur spécialisé? Agirait-elle par la création d'un déséquilibre endocrinien général qui, secondairement, donnerait des troubles plus spéciaux, selon l'individu? Les antagonismes et les synergies des hormones génitales, folliculine, lutéine et testostérone, qui se retrouvent à la fois chez la femme, leurs relations avec l'hypophyse, nous sont encore trop imparfaitement connues pour que les diverses hypothèses émises puissent être vérifiées.

Il faut signaler les intéressants travaux de Klotz et Barbier (13) sur les variations produites sur la calcémie par les androgènes et les œstrogènes. La testostérone élève le calcium sanguin tandis que la folliculine l'abaisse, mais seulement chez les sujets qui présentent une insuffisance, même latente, de leurs parathyroïdes. Cette particularité expliquerait les tétanies cataméniales et, peut-être aussi, certaines manifestations psychiques de la tension prémenstruelle.

Les recherches de Chauchard (6) sur l'action nerveuse des hormones sexuelles ne sont pas moins intéressantes. L'analyse chronaximétrique révèle que, immédiatement après l'administration de folliculine, de progestérone ou de testostérone, les fonctions nerveuses supérieures sont déprimées tandis que les centres inférieurs sont excités. Par ailleurs, l'administration prolongée des trois hormones abaisse toutes les chro-

naxies nerveuses aussi bien cérébrales que périphériques ; il y a excitation généralisée de tous les centres supérieurs et inférieurs. Un rapport de 1 à 5 entre la folliculine et la lutéine assure l'équilibre nerveux ; celui-ci est perturbé par un rapport de 1 à 2.5 ou de 1 à 10. Il en est de même du rapport entre la folliculine et la testostérone. Les recherches de Chauchard ont montré que la progestérone et la testostérone sont indépendantes dans leur action : l'une ne compense pas l'autre ni n'amplifie son action. Ces acquisitions expliqueraient qu'on puisse observer, au cours de l'administration de doses élevées ou répétées de testostérone, une action terminale inversée.

Quoi qu'il en soit de leur mode d'action, les hormones sexuelles sont entrées dans la thérapeutique psychiatrique. Chez l'homme, on emploie régulièrement la testostérone dans le traitement du syndrome dépressif du climatère, pourvu qu'il soit léger (7). La mélancolie d'involution typique requiert, de toute nécessité, un traitement plus énergique par la convulsivothérapie ou la comatothérapie. Foote (10) a obtenu des résultats heureux après avoir administré de la folliculine à des jeunes hommes psychopathes dont les préoccupations sexuelles obsédantes pouvaient être attribuées à la fonction gonadique.

Chez la femme, la testostérone est indiquée dans les états d'hyperfolliculinie, évidente ou ébauchée, cliniquement ou biologiquement constatée (4). Guiraud (11) a montré l'action particulièrement sédative de l'hormone mâle employée chez la femme. Il l'a administrée à des femmes aliénées atteintes d'excitation mentale avec agitation et érotisme marqué. Puis il a étendu son expérimentation aux états d'agitation sans érotisme. Il constata, dès le premier ou le second jour, et parfois même quelques heures après l'injection de l'hormone mâle, un état de calme et même de torpeur et de somnolence qui, quelquefois, ne durait que quelques heures ; mais, d'autres fois, cet état persistait pendant toute la durée du traitement et se prolongeait longtemps après la cessation de celui-ci. L'action sur l'érotisme paraît nette : l'excitation sexuelle des malades disparaît rapidement et l'une d'elles a même déclaré « qu'après la piqure, elle avait eu le lendemain, à son réveil, la même impression que si elle avait passé une nuit d'amour avec un de ses amants imaginaires ».



La folliculine s'emploie moins souvent que la testostérone. Elle reconnaît comme indication évidente l'insuffisance folliculinique absolue ou relative, soit au cours du cycle menstruel, soit lors de la puberté, de la castration ou de la ménopause (18). La lutéine a des indications comparables à celles de la testostérone mais son action semble moins énergique. Schmidt (19) l'a employée cependant avec succès dans les psychoses du *post partum*. Et Billig (3 et 5) l'a associée à la convulsivothérapie dans le traitement de certaines schizophrénies et de certains états maniaques.

Depuis quelques années, nous instituons le traitement hormonal chez les femmes atteintes de troubles psychiques, chaque fois qu'il y a une indication de cette thérapeutique. Nous rapporterons les observations typiques de cinq malades : quatre furent soumises à une thérapeutique androgène et une a reçu de la progestérone.

*Première observation :*

Madame Georges L., trente-deux ans, est admise à la Clinique Roy-Rousseau pour la quatrième fois, en juillet 1942. Elle avait été admise antérieurement, en mai 1936, en octobre 1937 et en juin 1940, pour une *psychose puerpérale et un état confusionnel*. Chaque fois, le syndrome d'excitation psychique avait éclaté deux à trois semaines après l'accouchement. En juillet 1942, alors qu'elle était enceinte et près du terme, elle redoutait de retomber dans les troubles mentaux qui l'avaient retenue à l'hôpital pendant presque douze mois et elle présentait les prodromes qui avaient annoncé l'éclosion de ses psychoses antérieures. Elle fut admise à la Clinique Roy-Rousseau avec le diagnostic de *syndrome anxieux léger durant la grossesse* et elle accoucha normalement, huit jours après son hospitalisation. Deux jours plus tard, on instituait une thérapeutique au propionate de testostérone à la dose de dix milligrammes, en injection intramusculaire, tous les trois jours durant vingt et un jours. L'anxiété qui nous l'avait amenée se calma dès le début du traitement et la malade ne présenta aucun autre trouble.

*Deuxième observation :*

Mademoiselle Anita P., vingt et un ans, fut admise à la Clinique Roy-Rousseau, le 13 mai 1947. Sans autre antécédent pathologique

que des convulsions, pendant trois ans durant son enfance, elle avait présenté, le 11 avril, une crise appendiculaire qui exigea une intervention chirurgicale d'urgence. Le lendemain, elle s'éveilla dans un état de grande anxiété ; elle avait peur de mourir, refusait de se faire opérer et ne semblait plus orientée dans le temps et le lieu. Transportée à l'hôpital et opérée, le 14 avril, elle resta délirante pendant quatre jours. Elle voyait l'Enfant Jésus qui lui promettait de venir la chercher et elle lui parlait. Elle se désintéressait de son entourage et semblait sans cesse redouter l'intrusion de quelque personnage dans sa chambre. Elle était insomnique et anorexique. A partir de ce temps, elle présenta, de façon paroxystique, des crises d'agitation motrice : elle devenait légèrement cyanosée, la bouche souillée d'écume ; elle exécutait des mouvements cloniques de ses membres. Il n'y eut pas de miction involontaire ni de morsure de la langue. De retour chez elle, elle continua de présenter quelques crises qui se modifièrent quelque peu et prirent l'aspect d'absences : elle restait immobile, pâle ; elle ne parlait pas, elle ne semblait pas comprendre et une petite écume venait à sa bouche. L'interrogatoire de la malade nous fit éliminer l'épilepsie que, d'ailleurs, les examens habituels avaient manqué de confirmer. Nous avons appris, de plus, qu'Anita avait été menstruée à quatorze ans, que ses règles étaient très irrégulières et abondantes et qu'elles s'accompagnaient de douleurs. Notre malade avait un caractère vif et elle se disait beaucoup plus irritable aux périodes menstruelles. La présentation de la malade, ses attitudes théâtrales, la recherche de soi-même qu'elle exprimait dans ses propos et le caractère particulièrement variable des accès moteurs, firent porter le diagnostic d'hystérie. Ces troubles ayant coïncidé avec la période menstruelle, nous lui avons prescrit la méthyl-testostérone *per os*. Exactement un mois et un jour plus tard, Anita était réadmise à l'hôpital, parce que, depuis quelques jours, elle fumait et lisait au lieu de travailler et parce qu'elle était nerveuse et coléreuse. Elle n'avait cependant pas présenté les troubles qui avaient motivé sa première hospitalisation. Cette fois, nous l'avons gardée jusqu'à ses règles suivantes, et lui avons administré du propionate de testostérone, en injection intramusculaire, à la dose de dix milligrammes tous les trois jours. Au cours de son hospitalisation, nous n'avons observé aucune manifestation névro-

pathique et la malade est encore tout à fait bien portante. Laignel-Lavastine a rapporté deux cas analogues au nôtre, devant la Société médico-psychologique (15 et 16).

*Troisième observation :*

Gertrude O., vingt-trois ans, fut admise à la Clinique Roy-Rousseau pour la quatrième fois, le 28 août 1946, pour un accès maniaque qui avait commencé six mois auparavant et pour lequel elle avait été hospitalisée, une première fois, en mars 1946. L'agitation psycho-motrice était extrême. L'humeur était très variable et on pouvait reconnaître un thème érotique dans ses propos délirants. Elle avait reçu au total, soixante-trois électro-chocs, en six séries de neuf à dix-sept traitements. L'observation permit d'établir une relation certaine entre les exacerbations de la psychose et les périodes menstruelles. Au cours de ces paroxysmes, la malade présentait des attitudes discordantes et elle prenait l'aspect d'une véritable hébéphrénique. L'internement de la malade était même décidé quand nous avons institué une thérapeutique au propionate de testostérone, à la dose de dix milligrammes en injection intramusculaire, deux fois par semaine. Pendant l'avant-dernière période menstruelle qu'elle passa à l'hôpital, elle présenta une très légère rechute. Nous avons alors accéléré le rythme des injections de testostérone et, aux menstruations suivantes, la malade se maintint tout à fait normale. Depuis ce temps, nous avons eu l'occasion de la revoir fréquemment et de constater qu'elle ne présentait aucune anomalie psychique.

*Quatrième observation :*

Madame Lauréat P., quarante-sept ans, est admise à la Clinique Roy-Rousseau, le 12 avril 1947. Depuis la mort de son mari, survenue en décembre 1946, la malade fait une psychonévrose dépressive et anxieuse, en même temps qu'une ménopause qui s'installe, depuis quatre mois, avec tous les petits malaises habituels. Elle est irritable et triste et elle entrevoit un avenir sombre, malgré qu'elle soit financièrement bien partagée. Elle n'est cependant pas délirante. Elle n'a pas d'appétit et elle dort peu. Ses règles sont irrégulières et peu abondantes. Une

première série de six électro-chocs est administrée et la malade, à peine améliorée, quitte d'elle-même la Clinique. Une semaine plus tard, le 6 mai, elle nous revient dans le même état. Une seconde série d'électro-chocs la laisse irritable, triste et anxieuse. Nous instituons, le 17 mai, la thérapeutique androgène à raison de dix milligrammes de propionate de testostérone, en injection intramusculaire, trois fois par semaine. Le 4 juin, la malade, tout à fait rétablie, quitte l'hôpital, après avoir reçu un total de 90 milligrammes de propionate de testostérone. Nous avons appris, par la suite, que ses menstruations étaient redevenues normales et qu'elle ne souffrait plus des malaises de la ménopause. Ce phénomène de l'hémorragie utérine par privation androgène chez la femme hyperfolliculinaire, a été étudié par Ferrin (9).

*Cinquième observation :*

Michelle C., vingt ans, est admise à la Clinique Roy-Rousseau, le 27 avril 1946, pour psychose maniaque dépressive, à forme mélancolique. Soumise à la convulsivothérapie, elle reçoit quarante et un électro-chocs en trois séries. La reprise du traitement convulsivant était motivée par des rechutes dont nous avons pu établir la coïncidence avec la période intermenstruelle. Nous lui administrons de la progestérone à raison de deux milligrammes, en injections intramusculaires, deux fois par semaine. Le 9 août, une légère rechute, vers le quatorzième jour du cycle menstruel, exigea trois séances d'électro-chocs. Nous avons alors donné de la progestérone à raison de deux milligrammes, tous les trois jours. La malade resta un mois complet sous observation, sans présenter de symptômes dépressifs et elle fut libérée, guérie, le 9 octobre. Revue à plusieurs reprises depuis, son état mental est normal.

Nous avons rapporté les observations de cinq malades mentales traitées par l'opothérapie sexuelle. Quatre d'entre elles reçurent de la testostérone en injection intramusculaire ; elles présentaient respectivement les syndromes suivants : psychose puerpérale, hystérie, manie, névrose dépressive et anxieuse au cours de la ménopause.

Une cinquième malade qui présentait un syndrome mélancolique reçut de la progestérone en injection intramusculaire.

De ces malades, deux (première et deuxième observations) n'avaient reçu aucun autre traitement. Chez les trois autres, la convulsivothérapie s'était avérée insuffisante et le traitement hormonal fut entrepris à cause de cet échec. Il semble que l'opothérapie sexuelle et, particulièrement, l'administration de la testostérone soit un précieux adjuvant au traitement des psychoses féminines qui montrent une relation avec l'activité génitale. Elle devrait être employée systématiquement.

### BIBLIOGRAPHIE

1. ABÉLY, Paul, Les aménorrhées dans les psychoses aiguës, *Ann. méd.-psychol.*, **105** : 316, (mars) 1947.
2. ALLEN, Edward B., Menstrual dysfunction in disorders of the personality. Their nature and treatment, *Endocrinology*, **19** : 225, (mai-juin) 1935.
3. AULT, C. C., HOCTOR, E. F. et WERNER, A. A., Theelin therapy of psychoses : Effect in involutional melancholia and as an adjuvant in other mental disorders, *J.A.M.A.*, **109** : 1786, 1937.
4. BARUK, H. et collaborateurs, Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale, *Ann. méd.-psychol.*, **15** : 446, (mars) 1939.
5. BILLIG, O., et BRADLEY, J. D., Combined shock and corpus luteum hormone therapy, *Am. J. Psychiat.*, **102** : 783, (mai) 1946.
6. CHAUCHARD, Paul, Nouvelles recherches sur l'action nerveuse des hormones sexuelles, *Ann. d'endocrinologie*, **8** : 281, 1947.
7. DEVIDOFF, E., et GOODSTONE, C. L., Use of testosterone propionate in treatment of involutional psychosis on the male, *Arch. Neurol. and Psychiat.*, **48** : 811, (nov.) 1942.
8. FERRIN, J., Étude du frottis vaginal chez la femme, *Ann. d'Endocrinologie*, **6** : 213, 1946 ; **8** : 297, 1947.
9. FERRIN, J., L'hémorragie utérine de privation androgène chez la femme œstrogénisée, *Ann. d'Endocrinologie*, **7** : 171, 1947.
10. FOOTE, R. M., Diethylstilbestrol in the management of psychopathological states in males, *J. Nerv. and Ment. Dis.*, **99** : 928, (juin) 1944.

11. GUIRAUD, P., et STORA, R., Action sédatrice de la testostérone dans les états d'excitation chez la femme, *Ann. méd.-psychol.*, **15** : 464, (mars) 1939.
  12. HAMBURGER, M., et COURTIN, R., Syndromes psychiques et infundibulaires par hyperfolliculinie, *La Presse médicale*, (5 avril) 1939.
  13. KLOTZ, Pierre, et BARBIER, P., Les variations de la calcémie par les androgènes et les œstrogènes, *Ann. d'Endocrinologie*, **8** : 57, 1947.
  14. LAIGNEL-LAVASTINE et collaborateurs, Crises convulsives chez une déséquilibrée érotique. Amélioration par injection d'hormones complémentaires, *Ann. méd.-psychol.*, 256, (novembre-décembre) 1940.
  15. LAIGNEL-LAVASTINE et collaborateurs, Crises convulsives hystériques chez une cardiaque. Amélioration par opothérapie complémentaire, *Ann. méd.-psychol.*, **18** : 148, (janv.) 1942.
  16. RIPLEY, H., et PAPANICOLAOU, C., Études sur le cycle menstruel et les frottis vaginaux dans la schizophrénie, la dépression et l'excitation, *Am. J. Psychiat.*, 567, (janv.) 1942.
  17. ROTHERMICH, N. O., A comparative study of the effects of male and female sex hormones on the human vaginal smear, *Endocrinology*, **25** : 520, (octobre) 1939.
  18. ROTHERMICH, N. O., POSTLE, B., et FOLTZ, L. M., Altered concept of therapy of involutional melancholia with estrogen and androgen, *Arch. Neurol. and Psychiat.*, **45** : 752, (mai) 1941.
  19. SCHMIDT, H. J., The use of progesterone in the treatment of *post partum* psychosis, *J.A.M.A.*, **121** : 190, 1943.
  20. BOULAIRAC, André, Hormones sexuelles et troubles mentaux, *Presse médicale*, **49** : 692, (14 novembre) 1942.
-

## **LOBOTOMIE FRONTALE**

### **Rapport préliminaire**

par

**Lucien LARUE**

*Hôpital Saint-Michel-Archange*

et

**Jean SIROIS**

*Hôpital de l'Enfant-Jésus*

---

A la demande de M. le surintendant de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, le docteur Lucien Larue, nous avons commencé, le 16 décembre 1947, à pratiquer des lobotomies chez les malades mentaux. Nous connaissions, depuis quelque cinq ans, les résultats obtenus un peu partout, surtout aux États-Unis, au moyen de cette intervention, mais nous avons préféré attendre quelques années, afin que la technique chirurgicale se stabilise et, surtout, que des résultats probants, stables et intéressants soient obtenus et publiés. Après une étude aussi complète que possible des sujets qui pouvaient bénéficier de cette intervention chirurgicale et de la technique opératoire la plus au point, nous avons commencé, le 16 décembre, à utiliser ce procédé de thérapeutique chirurgicale. La présentation des malades par le docteur Lucien Larue, à la fin de cet exposé, vous fera voir nos résultats.



Nous tenons à vous faire remarquer qu'il ne s'agit, pour le moment, que d'un rapport préliminaire, puisque nous n'avons, actuellement, opéré que six malades et, surtout, parce que le temps qui s'est écoulé depuis la première intervention est beaucoup trop court pour que nous puissions commenter définitivement les résultats pratiques que nous avons obtenus. Très encouragés, nous comptons bien continuer notre expérimentation et très probablement, l'an prochain, nous aurons le plaisir de publier des statistiques beaucoup plus considérables.

Nous passons volontairement sous silence la physiologie des lobes frontaux et la pathogénie de la lobotomie — ces deux aspects de la question devant être développés dans un travail subséquent. Nous parlerons donc de l'histoire et de la technique de la lobotomie, du choix des malades, de leur préparation et, enfin, de nos résultats immédiats.

#### HISTORIQUE

La trépanation se pratique depuis toute antiquité, comme l'attestent les écrits d'Edwin Smith. Toutefois, c'est en Amérique du sud et surtout au Pérou, que l'on a relevé le plus de crânes présentant des trous de trépanation. Un très grand nombre de ces crânes perforés présentaient des fractures évidentes mais beaucoup en étaient exempts. L'on ne possède pas, cependant, d'indications bien précises pouvant nous faire croire que ces trépanations aient été pratiquées en vue d'une thérapeutique des maladies mentales.

La chirurgie des maladies mentales s'intéressa de nouveau au cerveau après avoir exploré les différentes parties du corps humain. Les organes génitaux furent les premiers et les plus attaqués par les chirurgiens. On croyait, semble-t-il, que la sexualité était surtout responsable de ces maladies. Le clitoris, les organes génitaux internes et externes, furent excisés en grand nombre, pendant une période de temps assez longue, mais toujours sans obtenir des résultats pratiques de guérison ou même d'amélioration temporaire. L'on pensa alors au corps thyroïde et les interventions chirurgicales sur cette glande fournirent quelques résultats appréciables, comme l'attestent les rapports de Sawyer, mais ces résultats

ne furent que très temporaires. Puis les glandes surrénales, les parathyroïdes, furent, à leur tour, mises en cause. Délaissant les glandes, l'on vit dans les foyers d'infection localisée : dents, amygdales, appendices, cols utérins, etc., la source des perturbations mentales.

Jamais les résultats obtenus ne furent assez stables pour que ces dernières interventions soient pratiquées d'une façon systématique. C'est après les paroles suivantes de Da Costa que la chirurgie se retira de ce champ d'action : « Je n'ai jamais vu qu'on puisse attribuer la moindre amélioration d'un état mental à une intervention cherchant à enlever des sensations qui retenaient l'attention. De tels procédés révèlent aussi peu de sagesse qu'en témoignerait celui qui s'attaquerait à une girouette pour changer les vents ou au thermomètre, pour changer la température. Si le trouble est dans la tête, pourquoi travailler dans le ventre ? »

La psycho-chirurgie, comme on l'appelle aujourd'hui, remonte à cinquante ans environ, alors que Burckhardt, surintendant d'une petite institution pour malades mentaux, en Suisse, proposa et fit la première intervention destructive sur le cerveau. Il s'agissait d'un schizophrénique très agité chez qui les lobes frontaux furent détruits par cinq opérations différentes. Les résultats obtenus furent tellement satisfaisants que six autres malades furent opérés. Burckhardt rapporta, à la suite de ces interventions, un décès, un retour à la vie sociale et une amélioration très appréciable chez les autres cas. Après la publication de ces résultats, la critique fut tellement acerbe que ce chirurgien, manquant apparemment de conviction, semble avoir abandonné sa thérapeutique chirurgicale. A partir de ce moment jusqu'en 1935, ère proprement dite de la neuro-chirurgie avec Jackson, Cushing, Frazier, Stookey, etc., cette chirurgie prit un essor considérable et fut définitivement reconnue comme une discipline chirurgicale distincte. Au cours de cette période, le rôle des lobes frontaux se précisa, grâce aux nombreuses interventions pratiquées sur eux pour l'ablation de tumeur ou de foyer épileptogène. Des défrontalisés, des amputés frontaux furent suivis, étudiés, comparés. Brickner, de New York, eut la bonne fortune de suivre, pendant de nombreuses années, un malade à qui il avait enlevé les deux lobes frontaux. Ces observations précisèrent davantage le rôle apparent de ces

lobes, les manifestations cliniques de leur compression ou de leur amputation.

En 1935, à Londres, eut lieu le deuxième Congrès international de neurologie. Une grande partie des travaux portèrent sur les fonctions et l'étude des lobes frontaux. Les rapporteurs furent Brickner, Claude, Barry, Goldstein et surtout Fulton, de Harvard. C'est à la suite de ce congrès que Moniz, du Portugal, par déduction logique, eut l'idée de s'attaquer aux lobes frontaux pour changer la personnalité des malades mentaux. Puisque les opérés frontaux voient leur personnalité si perturbée, pourquoi n'obtiendrait-on pas les mêmes résultats chez les mentaux? Et, le 12 novembre 1935, la première lobotomie proprement dite était pratiquée, au Portugal.

En juin 1936, Moniz publiait, en France, les vingt premiers cas opérés et les résultats furent tellement satisfaisants qu'un peu partout, dans le monde entier, l'on commença à s'intéresser à cette méthode.

L'école italienne fut la première à faire des investigations, à la suite de Moniz, avec Rissatti, Fiamberti. Différentes méthodes furent essayées, de la lobotomie portugaise jusqu'aux injections formolées ou alcoolisées par la cavité orbitaire.

Watts et Freeman, de Washington, se mirent à l'œuvre, à la suite de la publication de Moniz, et, en 1942, dans leur volume intitulé *Psycho Surgery*, ils publièrent les résultats qu'ils avaient obtenus chez quatre-vingts malades qu'ils avaient opérés. Par la suite, l'on voit un peu partout, dans les différents centres neuro-chirurgicaux des États-Unis, des chirurgiens, comme Davidoff, Mayers, Pietry, Mixter, Grant, Koria, Carell, Love, Scarff, etc., publier leurs résultats.

#### TECHNIQUE

La première description de la technique employée fut celle de Moniz, en 1935. Ce dernier utilisait une trépanation bilatérale à trois centimètres de chaque côté de la ligne médiane, à la région frontale supérieure, là où passe la suture coronale. Il employa aussi un leucotome qui consistait en une longue aiguille ayant environ six centimètres de

longueur et percée de deux trous à son extrémité. On introduisait un stylet dans cette aiguille et, au moyen d'un pas de vis, le stylet s'ouvrait après avoir pénétré dans la substance cérébrale. En imprimant au stylet un mouvement de rotation, on sectionnait à la main la substance blanche des lobes frontaux.

Watts et Freeman emploient de préférence la voie latérale, c'est-à-dire que la trépanation est faite à six centimètres au-dessus de l'apophyse zygomatique de chaque côté et à trois centimètres de l'arcade orbitaire externe. Le plan de l'incision intracérébrale se fait dans celui de la suture coronale, et en avant d'elle. Les mensurations sont prises au moyen d'une aiguille spéciale, afin de mesurer la distance qui existe entre le trou de trépan et la faux du cerveau, de chaque côté, entre le trou de trépan et l'angle dièdre de la grande aile du sphénoïde, afin d'éviter de tomber dans la loge temporale, afin de se maintenir dans la substance blanche, pour ne pas pénétrer dans les cornes frontales des ventricules et ne pas sectionner la faux du cerveau et afin d'éviter l'artère cérébrale antérieure dont la lésion entraînerait inévitablement un désastre. L'on introduit donc dans ces deux trous de trépan un instrument spécial, gradué, que l'on appelle *leucotome*, à la distance requise et après avoir fait la mensuration nécessaire. La section est faite de bas en haut dans toute la substance blanche de chaque côté. Après que la section a été faite des deux côtés, de bas en haut, et quand elle est complète, nous faisons avec l'aiguille un lavage au sérum de l'incision opératoire, afin de voir s'il ne revient pas de sang. Puis, afin de bien délimiter notre plan de section, un centimètre cube à un centimètre cube et demi de lipiodol est injecté dans la substance cérébrale, dans le plan même de l'incision qui vient d'être faite.

Dans certains milieux, l'on a pratiqué des injections de formaline à 10 p. cent, comme l'a fait Fiamberti, en introduisant une aiguille à la partie supérieure de l'orbite, de chaque côté, et en injectant, à plusieurs reprises, de l'alcool et même de la procaine à travers les trous de trépan. Malheureusement, les résultats obtenus à la suite de ces injections ne semblent pas avoir été aussi complets que ceux produits par la section nerveuse au moyen du leucotome.

## CHOIX DES MALADES

Il va de soi que, dans les premières années de cette expérimentation, toutes les maladies mentales furent traitées de cette façon. Le choix se précisa au fur et à mesure que les résultats obtenus permirent aux chirurgiens de faire la sélection des cas. Les malades de choix sont ceux qui présentent ce que les Américains appellent une « tension mentale » très intense. Le résultat est impressionnant : il est rapide, absolu et permanent (les observations cliniques de Watts et Freeman remontent à douze ans). Les échecs sont rares et, la plupart du temps, ils sont dus à des sections incomplètes. Nous plaçons dans cette catégorie les grands obsédés, les agités, les hallucinés, les schizophréniques catatoniques ou hébéphréniques et les grands anxieux. On n'obtient aucun résultat pratique dans la psychonévrose, la schizophrénie simple, les hypomanies, les hypocondries et les stéréotypies.

On a fait des recherches expérimentales dans d'autres domaines médicaux et, depuis trois ans environ, on a pratiqué des lobotomies chez les malades présentant des douleurs intolérables, comme les cancéreux, les amputés porteurs de moignons douloureux et même les malades présentant des membres-fantôme. Les résultats obtenus furent plus que satisfaisants, d'après les publications assez nombreuses qui ont été écrites sur ce sujet. Il semble que, dans ce cas, les malades lobotomisés, ressentent encore leur douleur, mais que l'impression, l'enregistrement ou plutôt l'interprétation de ces douleurs ne se fait plus et que le malade, malgré tout, ne souffre pas et ne paraît pas se soucier des sensations douloureuses. Il en parle avec calme et indifférence et il aurait perdu l'anxiété douloureuse.

## PRÉPARATION

Nos six malades ont été choisis parmi les grands agités, des impulsifs qui étaient hospitalisés depuis au moins quatre à six ans et même douze ans, et chez qui toutes les autres thérapeutiques, telles que l'insuline, le métrazol et l'électro-choc, n'avaient apporté aucun résultat. Nous avons donc choisi volontairement des cas désespérés. Tous ont eu, avant l'opération, un examen physique très complet et des examens de

laboratoire appropriés. Une radiographie des poumons et du crâne a été pratiquée. Après l'intervention, une autre radiographie du crâne nous permet de situer la ligne de notre lobotomie par le lipiodol que nous y introduisons. Les malades sont à jeun ; ils ne reçoivent comme médication préopératoire que de l'atropine et l'anesthésie, commencée au Pentothal, est entretenue ensuite au moyen du protoxyde d'azote et de l'oxygène par intubation. Chez nos six malades qui ont été opérés, nous n'avons observé aucun incident alarmant et aucun décès.

### RÉSULTATS

Est-ce que la lobotomie frontale a rendu aux malades les services que l'on en espérait ? En 1942, Watts et Freeman nous fournissent les statistiques suivantes. Sur quatre-vingts opérés, vingt sont retournés à leur travail, sept ont continué leurs études, vingt-deux s'occupent de leur maison, dix-huit sont à la maison sans faire de travail particulier, six seulement sont demeurés dans une institution et trois sont morts de l'intervention.

En juillet 1947, nous sommes allé à Washington, et Watts nous faisait remarquer que le nombre de ses opérés était de plus de quatre cents. De ces derniers, 66 p. cent ont quitté l'institution où ils avaient été internés, et ils peuvent jouir jusqu'à un certain point de la vie sociale. Le taux actuel de la mortalité peut être estimé à moins de 1 p. cent avec la technique bien au point que l'on utilise actuellement.

Au point de vue physique, l'intervention est bien supportée. Le malade garde sa conscience complète. Le soir, il se produit un peu d'hyperthermie, des nausées et, fréquemment, des vomissements. Tout rentre rapidement dans l'ordre et le quatrième ou le cinquième jour, après l'intervention, le malade peut vaquer à ses occupations, mais il persiste fréquemment de l'incontinence pendant huit à quinze jours.

Au point de vue mental, ce qui frappe le plus c'est la disparition subite et complète de toute agitation, dès les premières vingt-quatre heures. La coopération est suffisante pour permettre d'enlever la camisole de force ou tout autre lien. L'on observe un peu de confusion et surtout une grande lenteur intellectuelle, un affaiblissement, sinon

une disparition complète mais temporaire, de toute initiative physique ou intellectuelle. Puis, progressivement, s'installe de l'euphorie, une docilité frappante comparativement à l'agitation préopératoire. Les malades conservent un manque d'initiative, un certain degré de paresse physique, un manque de tact et de l'indifférence. Mais, c'est le point le plus important, ils deviennent dociles, très facilement suggestibles, ce qui les rend aptes à la rééducation. Nous avons l'impression d'en faire des débiles simples, éducatibles, facilement influençables et qui peuvent retourner à leur domicile. Les autres, ceux qui demeurent dans des institutions, ne sont plus condamnés à une cellule, à la camisole de force et ils peuvent se rendre utiles en effectuant un travail manuel approprié à leurs aptitudes physiques et même intellectuelles. Nous avons eu la bonne fortune de voir, cet été, une sténographe qui, après une lobotomie, était retournée à son travail qu'elle avait quitté deux ans auparavant, pour être internée dans une institution. Il est bien entendu que nous ne pouvons redonner à ces pauvres individus des facultés intellectuelles supérieures, mais ne vaut-il pas mieux les rendre utiles ou, du moins, non dangereux, plutôt que de les garder dans une cellule, surtout quand toutes les autres thérapeutiques se sont montrées inefficaces. En terminant, nous tenons à rapporter les paroles suivantes qui ont été prononcées par Ody : « Le dément défrontalisé, privé de l'un de ses principaux centres psychiques, recouvre son équilibre au prix d'un appauvrissement intellectuel, mais il lui est préférable de posséder un intellect simple, capable d'actes élémentaires, plutôt qu'un intellect où règne le désordre de synthèse subtile. La société s'accommode facilement du plus simple des débiles mais elle craint avec raison le fou agité et dangereux. »

---



## SYNDROME D'HYPEROSTOSE FRONTALE INTERNE

(Syndrome extrapyramidal et état démentiel)

par

**Alp. PELLETIER**

*chef de Service*

et

**Louis BOURGOIN**

*assistant*

(Hôpital Saint-Michel-Archange)

---

L'hyperostose frontale interne est une entité clinique qui n'est connue, apparemment, que depuis une vingtaine d'années. Mais déjà, elle a été l'objet d'assez nombreuses publications, notamment celles du docteur Mathieu Samson, ici même, à la Société médicale des Hôpitaux universitaires. Le présent travail, qui a pour but de rappeler à la mémoire l'existence et la nature du syndrome, n'est qu'une contribution nouvelle à l'étude de cette maladie, en explorant quelques-unes des manifestations neuro-psychiatriques qu'on peut lui attribuer.

Rappelons brièvement les principaux éléments de ce syndrome. Il s'agit d'une affection plutôt rare qui revêt très probablement un caractère familial, survient, le plus souvent, après l'âge de cinquante ans et est surtout rencontrée dans le sexe féminin. Elle est principalement

caractérisée par un épaississement de la table interne de l'os frontal et, parfois aussi, des pariétaux ; d'autre part, elle s'accompagne de troubles à la fois physiques et psychiques.

Les troubles physiques intéressent particulièrement le système nerveux ; ils sont très variables et ils peuvent réaliser les syndromes les plus divers. On peut observer indifféremment des troubles de la motricité, de la sensibilité, de l'équilibre, de la parole, de la vue ; des névralgies, des paralysies de toutes sortes ; on aurait même observé des crises épileptiformes. On observe également des troubles du métabolisme des graisses et du calcium.

Quant aux troubles psychiques, ils vont de la nervosité banale à l'état démentiel le plus lamentable ; ils évoluent, le plus souvent, d'une façon capricieuse ; ils peuvent se borner à des troubles de la mémoire, de l'humeur ou du caractère et demeurer stationnaires ou évoluer vers une psychose bien caractérisée.

On peut difficilement s'expliquer comment l'hyperostose peut réaliser, à elle seule, une telle variété de symptômes. Il est d'ailleurs impossible de la tenir entièrement responsable des manifestations cliniques qu'on lui reconnaît. C'est un syndrome, et l'appellation même de syndrome pourrait être justifiée par l'obscurité de la pathogénie. Toutefois, ce syndrome n'en demeure pas moins une entité en soi, parce qu'il présente une symptomatologie générale assez constante.

L'observation suivante va nous permettre d'étudier, chez une femme, un cas d'hyperostose frontale interne s'accompagnant de troubles neurologiques extrapyramidaux et d'un état démentiel.

Mme W. N. est âgée de cinquante et un ans.

*Antécédents familiaux.* Son père est mort d'une cardiopathie, vers l'âge de soixante-dix ans. Sa mère est morte, à quatre-vingt-quatre ans, de cause inconnue. Elle fait partie d'une famille de sept enfants. L'un d'eux jouit d'une bonne santé ; deux sont morts de tuberculose, un autre fut tué durant la première grande guerre, une de ses sœurs est morte à la suite d'une complication obstétricale et un de ses frères est décédé, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, où il fit un très court

séjour et où on fit le diagnostic de psychose et maladie somatique, avec anémie probablement pernicieuse et asystolie.

*Antécédents personnels.* La malade a subi un traumatisme cranien, à l'âge de dix-huit ans, au cours d'un accident d'automobile. Puis, vers l'âge de vingt ans, elle aurait passé quelques mois à l'Hôpital Laval.

Le début de la maladie remonte à six ans environ. La malade se plaignit, à cette époque, de faiblesse générale puis, quelques mois plus tard, d'une diminution de la mémoire. Elle fut traitée par son médecin sans résultats appréciables. La malade fut dirigée vers la Clinique Roy-Rousseau, le 14 août 1944. Elle se plaignait, alors, des mêmes troubles : une grande faiblesse et une diminution importante de la mémoire. Elle n'a aucune douleur, elle dort bien et son appétit est bon. Mentalement, elle n'extériorise pas d'idées délirantes. Elle est calme, docile et bien orientée.

Les troubles les plus marqués sont donc ceux de la mémoire et un certain ralentissement psychique, mais sans tristesse manifeste.

L'examen physique ne révèle rien de particulier à signaler, si ce n'est une certaine maigreur, son poids étant de quatre-vingt-quinze livres. Les examens habituels de laboratoire et la ponction lombaire ne présentent rien d'anormal.

On soumet donc la patiente à une série d'électro-chocs ; après la cinquième crise convulsive, on discontinue le traitement, car la malade devient soudainement confuse et excitée. L'aggravation de l'état mental fait songer à la possibilité d'une craniopathie. On fait donc une radiographie du crâne qui fournit le résultat suivant : « Hyperostose frontopariétale surtout accentuée au niveau du frontal où elle a une apparence verruqueuse. »

Cinq jours plus tard, la patiente quitte l'hôpital, consciente mais encore amnésique et ralentie.

Trois ans s'écoulent sans que nous entendions parler de notre malade. Le 3 septembre 1947, elle nous revient et elle est hospitalisée, cette fois, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Mais son comportement est très modifié. Mentalement, on constate un affaiblissement global des facultés intellectuelles : la malade jargonne continuellement en un

langage incompréhensible. Elle est inaffective, indifférente et gâteuse ; bref, elle présente un état démentiel prononcé.

Son état physique est également très modifié. A l'examen, son apparence générale est plutôt médiocre, son teint est pâle ; ses lèvres, légèrement cyanosées ; son facies, figé. Son poids paraît sensiblement augmenté mais l'état mental de la malade ne nous permet pas de la peser. Ses poumons sont apparemment normaux. Les bruits du cœur sont assourdis, à la pointe ; il n'y a pas de souffle perceptible et le rythme est normal ; le pouls est de 88 et il est filiforme.

La muqueuse buccale est violacée. L'abdomen est souple, légèrement ballonné et ne présente pas de circulation collatérale. Son foie est douloureux à la palpation et légèrement augmenté de volume. La région splénique est douloureuse, sans que la rate ne soit palpable ou percutable.

Au point de vue neurologique, la pupille droite ne réagit pas à la lumière et elle est déformée. Les réflexes tendineux sont vifs, surtout à gauche ; les réflexes cutanés abdominaux sont disparus et les réflexes cutanés plantaires, normaux. Les membres présentent, de façon intermittente, du tremblement statique accompagné de soubresauts tendineux ; on constate également de l'hypertonie musculaire marquée et de la rigidité aux quatre membres. Les mouvements passifs sont difficiles à exécuter et présentent le phénomène de la roue dentée ; la marche est impossible.

Une consultation avec l'ophtalmologiste nous donne le résultat suivant : « Les deux papilles sont très pâles. Névrite optique bilatérale avec stase papillaire. »

Les examens de laboratoire.

Les urines sont normales. L'azotémie est de 0 gr. 90 p. mille. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. L'analyse du liquide céphalo-rachidien montre 0 gr. 42 p. mille d'albumine et la cytologie, un élément par mm<sup>3</sup> ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative ; la réaction à l'or colloïdal est négative. La pression maxima du liquide céphalo-rachidien est de 8 cm ; la minima, 1 cm ; mais la malade se prêtant mal à cet examen, on doute de la précision des mesures.

L'épreuve de Queckensted ne révèle aucune gêne à la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Formule sanguine : globules rouges, 5,080,000 ; globules blancs, 11,500 ; hémoglobine, 100 p. cent ; valeur globulaire, 1. Polynucléaires neutrophiles, 80 p. cent ; polynucléaires basophiles, 0 p. cent ; polynucléaires éosinophiles, 0 p. cent ; lymphocytes, 14 p. cent ; monocytes, 6 p. cent. La calcémie, est de 0 gr. 105 par mille, la cholestérinémie, de 2 gr. 04 p. mille.

Une nouvelle radiographie du crâne a été prise : l'image radiographique est absolument superposable à la première.

Neurologiquement, notre malade présente un syndrome extrapyramidal. On sait, en effet, que ce dernier se manifeste principalement par la rigidité musculaire, entraînant des perturbations des automatismes primaires, c'est-à-dire des mouvements d'habitudes, et par des mouvements involontaires, par exemple, du tremblement statique, et, enfin, par l'absence de paralysie vraie.

On connaît plusieurs syndromes extrapyramidaux. Chez notre malade, l'aspect neurologique nous a semblé être influencé par son état mental ; ce qui rend l'investigation excessivement délicate. Néanmoins, elle présente une étrange dystonie musculaire et son attitude rappelle, à certains moments, le syndrome du spasme de torsion, car, quand elle se tient debout, on observe des incurvations aux membres et au tronc qui provoquent une lordose prononcée et entraînent, de ce fait, des troubles de l'équilibre. De plus, elle présente des contractions musculaires involontaires, intermittentes et déterminant des mouvements désordonnés.

Dans la maladie de Wilson, on observe également de la rigidité musculaire, des mouvements involontaires, du tremblement et des troubles de l'équilibre. Mais les réflexes sont normaux et la cornée présente une pigmentation particulière qui permet de faire le diagnostic ; de plus, la maladie commence généralement dans l'enfance ou l'adolescence. Quant à la cirrhose qui fait partie du syndrome, elle est le plus souvent latente et elle n'est découverte qu'à l'autopsie.

Le parkinsonnisme, lui, est trop caractéristique et trop spectaculaire pour qu'il en soit question ici. De toute façon, dans notre obser-

vation, l'hypertonie musculaire marquée, les mouvements involontaires et désordonnés, l'activité stérile, le tremblement statique et, enfin, l'absence de paralysie vraie, sont autant de signes qui témoignent de l'atteinte du système extrapyramidal.

Le tableau clinique que présente notre malade pourrait susciter de nombreuses discussions. Sa physionomie neurologique est singulière mais forcément masquée par l'état mental. Nous avons, d'ailleurs, fait remarquer, plus haut, la pathogénie obscure du syndrome de l'hyperostose et ses manifestations polymorphes. Il ne s'agit pas ici de tenir celle-ci entièrement responsable des troubles énumérés dans notre observation, mais seulement de signaler leur coexistence et, jusqu'à un certain point, de les considérer comme faisant partie du syndrome.

Pour conclure, il nous a donc semblé intéressant de présenter cette observation, en attirant l'attention sur les faits que nous allons signaler.

L'existence de l'hyperostose comme entité clinique est indéniable, et elle nous semble moins rare qu'on le croyait il n'y a pas si longtemps. Sa symptomatologie montre un polymorphisme étrange ; elle peut simuler les syndromes les plus divers, mais ses éléments fondamentaux demeurent relativement constants. De plus, les troubles mentaux qui l'accompagnent peuvent évoluer jusqu'à la démence.

Enfin, chez nos malades atteints d'hyperostose non diagnostiquée et soumis au traitement de l'électro-choc, il nous est arrivé d'observer un état confusionnel qui ne tarde pas, d'ailleurs, à disparaître quelques jours après la cessation du traitement ; néanmoins, on remédie à cette éventualité en radiographiant systématiquement le crâne de nos malades qui présentent une résistance à l'électro-choc et dont la symptomatologie est douteuse.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BEST et TAYLOR, *Physiological basis of medical practice* (4<sup>e</sup> édition), Williams and Wilkins, Baltimore, 1945.
2. ELDRIDGE, W., Incidence of hyperostosis frontales, *Am. Journ. of Rönt. and Radium*, **43** : 355, (mars) 1940.
3. MOORE, S., Metabolic craniopathy, *Am. Journ. of Rönt. and Radium*, **35** : 30, (janv.) 1936.

4. RIMBAUD, L., Précis de neurologie, 1933.
  5. SAMSON, M., Hyperostose frontale interne, *Laval Médical*, **3** : 83, (mars) 1938.
  6. SAMSON, M., CARON, S. et MARTIN, C.-A., Syndrome d'hyperostose frontale à caractère familial, *Laval Médical*, **7** : 140, (mars) 1942.
  7. SAMSON, M., Syndrome d'hyperostose frontale interne, *La Semaine des hôpitaux*, **29** : 1823, (août) 1947.
-



## CHORÉE HÉRÉDITAIRE DE HUNTINGTON

par

Geo.-H. LaRUE

*chef de Service*

et

G. PARADIS

*assistant*

*(Hôpital Saint-Michel-Archange)*

---

Parmi les tares héréditaires que notre espèce humaine semble vouloir conserver en les transmettant de génération en génération, il en est une très grave et, heureusement, pas encore trop répandue sur notre continent : c'est la chorée chronique héréditaire.

Décrite et isolée, pour la première fois, par l'Américain Huntington, en 1872 la symptomatologie de cette affection est aujourd'hui bien connue. Elle revêt la forme symptomatique de la chorée vulgaire, mais elle s'en distingue par son caractère de maladie chronique héréditaire, par son apparition à l'âge adulte et, enfin, par la présence de troubles mentaux, à une phase plus ou moins tardive de son évolution. Après dix à trente ans d'évolution, la terminaison de cette maladie est fatale : c'est la démence et la mort.

Les chorées peuvent se diviser en trois catégories :

1° La chorée de Sydenham est une maladie infectieuse probablement à virus, évoluant d'une manière aiguë, frappant les jeunes et ayant tendance à guérir dans un délai de deux à cinq mois. Quelquefois, cette forme passe à l'état chronique ; elle ressemble alors à une chorée de Huntington, mais elle n'a pas, dans son étiologie, le caractère héréditaire de cette dernière, et son évolution n'est pas fatale ; c'est une forme chronique de la maladie de Sydenham.

2° La deuxième catégorie comprend ce que l'on pourrait appeler les syndromes choréiques. Toutes les lésions des noyaux striés, telles que les tumeurs, l'artério-sclérose, la dégénérescence sénile, l'encéphalite épidémique, peuvent causer des symptômes de chorée. En 1933, le docteur Desrochers présentait à cette Société un cas de chorée chronique ressemblant à une chorée de Huntington. Aucun antécédent héréditaire n'ayant pu être relevé dans l'histoire clinique du malade, le diagnostic était resté incertain. Quelque temps après, le malade décéda et l'on eut, à l'autopsie, la surprise de découvrir un énorme hématome recouvrant presque tout le cerveau. Ce dernier était atrophié et présentait de nombreux foyers de dégénérescence diffuse intéressant les noyaux gris centraux et l'écorce cérébrale. Il ne pouvait s'agir que d'un syndrome relevant d'une dégénérescence des noyaux gris centraux par compression.

3° La chorée chronique de Huntington. Elle fait l'objet de cette présentation. En voici une observation.

Le 26 septembre 1947, Édouard L., âgé de cinquante-six ans, né aux États-Unis, d'une mère également américaine, est admis à l'Hôpital Saint-Michel-Archange pour des troubles mentaux manifestes depuis une dizaine d'années et qui se sont aggravés à tel point, dans ces derniers temps, qu'on a dû interner ce malade. Il s'agit d'un rentier qui n'exerçait aucun travail rémunérateur depuis plusieurs années, parce qu'il souffrait d'une affection neurologique chronique évoluant depuis vingt et un ans.

Si nous relevons les antécédents familiaux du malade, nous constatons une lourde hérédité. Il fait partie d'une famille de huit enfants. Trois de ses frères et trois de ses sœurs sont atteints des mêmes troubles.

Deux sont morts, à vingt-cinq ans, sans avoir montré aucun symptôme de la maladie ; ils sont probablement décédés trop jeunes pour avoir eu le temps de l'extérioriser. La mère du malade et les dix frères et sœurs de cette dernière étaient aussi atteints de la même affection. Enfin, si nous remontons à une génération précédente, nous retrouvons la maladie chez la grand'mère maternelle.

Les troubles actuels auraient débuté vers l'âge de trente-cinq ans alors que, sans cause apparente, le malade se mit à présenter des mouvements involontaires et désordonnés, d'abord des extrémités, ensuite de tout le corps. Non seulement les symptômes ont persisté depuis ce temps, mais ils augmentèrent graduellement, à tel point que notre malade dû cesser tout travail. Durant les premiers onze ans, pendant lesquels la maladie progressait, il n'y avait pas de troubles psychiques. Puis, ces derniers apparurent chez le malade sous forme de troubles de l'humeur et du caractère : il fait, sans raison, des crises de colère ; il profère des menaces ; il frappe les gens de son entourage ; il brise tout sur son passage. De plus, dans ses crises d'excitation, il devient hypergénésique. La situation devint intolérable, à la maison, et on décida d'interner Édouard L.

A l'examen, ce qui nous frappe d'abord, c'est l'intensité des mouvements désordonnés et involontaires du tronc, des membres, de la tête, de la face, en plus de gros troubles de la parole. Comme dans les autres chorées, les mouvements sont irréguliers, en partie inhibés par le repos et la volonté et exagérés par l'émotion. En plus d'un léger affaiblissement intellectuel, on remarque chez lui un état d'irritabilité assez prononcé.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal du côté des organes. Résistance musculaire, réflexes, sensibilité, tout est conservé. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Une radiographie du crâne ne révèle rien de particulier. Cependant, dans le liquide céphalo-rachidien, il existait, à l'arrivée du malade à l'hôpital, des signes d'hémorragie récente des espaces sous-arachnoïdiens. Le malade était alors très agité. Cet état ne fut que passager, puisqu'un nouvel examen fait, quelques jours après, fut pratiquement négatif.

*Liquide céphalo-rachidien :*

Le 4 octobre 1947 :

Liquide xanthochromique (sang hémolysé).

Albumine : 12 gr. 50 par litre.

Cytologie : le nombre des leucocytes ne paraît pas augmenté.

Hématies : 9,250 p. mm<sup>3</sup>.

Le 13 octobre 1947 :

Liquide clair, d'aspect normal.

Albumine : 0 gr. 52 p. 1,000.

Cytologie : 8 éléments (lymphocytes) p. mm<sup>3</sup> et 10 hématies p. mm<sup>3</sup>.

Nous avons donc interprété ce fait comme une légère hémorragie méningée qui s'est résorbée rapidement en même temps que s'amendait l'état d'agitation.

Nous sommes incontestablement en présence d'une chorée chronique. Le facteur héréditaire ne laisse aucun doute ; les débuts à un âge tardif sont manifestes et les troubles mentaux sont caractéristiques. En face de tous ces éléments, nous sommes tenus de poser un diagnostic de chorée chronique de Huntington.

Voici l'opinion de divers auteurs qui ont étudié cette question du point de vue anatomo-pathologique. Le processus intéresse pratiquement tout le cerveau, mais c'est dans le cortex cérébral et les noyaux gris centraux qu'on trouve les lésions essentielles. On constate, à travers tout le cerveau, des foyers d'encéphalite miliaire accompagnés d'atrophie secondaire. Même le cervelet ne serait pas épargné. C'est surtout dans le striatum, le putamen et dans l'écorce cérébrale que sont plus marqués les phénomènes de dégénérescence. Il semblerait logique d'imputer les troubles mentaux aux lésions du cortex et les troubles moteurs aux lésions du néostriatum.

L'intérêt de cette communication réside, croyons-nous, dans l'histoire et la prophylaxie de cette affection rare.

La classification des diverses chorées, déjà entrevue par Ruz, Sander, Charcot, a été parfaitement mise au point par l'Américain

Georges Huntington qui, en 1872, fut le premier à donner les caractères distinctifs de la maladie, en démontrant son étiologie nettement héréditaire. Depuis, les travaux se sont multipliés et, récemment, Vessie parla de plusieurs descendants d'un groupe de trois immigrants qui vinrent des îles britanniques et s'établirent dans la région de Boston, en 1630. Apparemment, ce serait depuis cette époque qu'il existe aux États-Unis une souche de chorée héréditaire.

Il est intéressant de noter que les ancêtres de notre malade viennent de la Nouvelle-Angleterre où il est né lui-même. En venant s'établir dans la province de Québec, par la suite, il introduisit ici cette malheureuse tare qui pourrait se répandre rapidement en quelques générations.

On n'est pas sans savoir qu'il s'agit là d'une des rares tares héréditaires à caractère dominant au même titre que la polydactylie, la syndactylie, certaines affections de l'œil comme l'héméralopie, certaines surdités, la cataracte héréditaire, le diabète insipide, etc.

Le traitement, il va sans dire, est inexistant. Ces malades sont destinés à mourir dans un asile ; mais il existe toutefois une prophylaxie. Vu le caractère dominant de cette affection, vu l'âge tardif (trente à quarante ans) de l'apparition des premiers symptômes, le porteur de cette tare a le temps de se marier et de procréer, avant de savoir qu'il en est atteint. C'est pourquoi nous avons fait avertir les sept enfants de notre malade que, pour eux, il n'y a rien à faire pour empêcher la maladie d'apparaître un jour. Ils en sont présentement tous exempts mais le plus vieux n'a que trente-quatre ans. De plus, nous avons déconseillé fortement le mariage à ceux qui sont encore célibataires. En résumé, il n'y a qu'une prophylaxie : empêcher la procréation par les moyens qu'on pourra, en respectant les lois sociales et religieuses du milieu.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BABONNEIX, Les chorées.
2. GRASSET et RAUZIER, Maladies du système nerveux.
3. GRINKER, Neurology.
4. JELLIFFE et WHITE, Diseases of the nervous system.
5. MIGAULT, Pierre, Rapports des syndromes choréiques et maniaques.

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

---

## L'INSOMNIE

par

Charles-A. MARTIN

---

« Vanum est vobis ante lucem surgere;  
surgite postquam sederitis qui manducatis  
panem doloris. » (Psaume, 126, v. 2.)

L'intérêt d'une monographie sur l'insomnie me paraît incontestable pour plusieurs raisons : parce que c'est un trouble fréquent, rencontré dans les maladies les plus diverses ; parce que c'est un symptôme assez mal toléré pour décider le malade à consulter un médecin ; parce qu'elle est le trouble d'une fonction qui occupe plus du tiers de notre vie ; parce qu'enfin les publications sur cette question sont très rares. La plupart des volumes de sémiologie ne la mentionnent même pas. Je ne connais aucune étude d'ensemble, aucun volume traitant de l'insomnie.

En l'absence de données scientifiques, la question est devenue un répertoire de bobards. On colporte sur l'insomnie les notions les plus saugrenues. Chacun a des opinions bien arrêtées là-dessus. Et les médecins partageant les mêmes opinions que la populace, appuient de leur autorité des aphorismes étranges qui entretiennent beaucoup plus de nuits blanches qu'ils n'en guérissent.

Il faut dormir huit heures par nuit. Pourquoi huit ? Parce qu'un chiffre donne un aspect scientifique à la conclusion. Pourquoi ce chiffre particulier ? Probablement parce que huit est le tiers de vingt-quatre et que c'est une fraction simple. D'ailleurs pour les jeunes et les malades c'est la demie qui prévaut et un quart devient une anomalie.

De plus ces huit heures ne doivent pas être prélevées au hasard sur les vingt-quatre. Certaines portions de la journée reposent moins que les autres. Le sommeil d'avant minuit, heure normale, compte double. Si l'on veut vivre vieux, et ne jamais être malade, malgré les microbes, les accidents et les autres causes de maladie, le secret infailible est de se coucher tôt et de se lever au petit jour. La digestion du souper devrait se terminer au lit. Pourquoi ne pas souper au lit et reprendre le harnais vers deux heures du matin ? Si ce n'est pas pour ménager l'électricité, ce doit être pour ne pas séniliser la race.

Ces huit heures de sommeil précoce doivent se prendre dans des conditions fixées par le rituel. La fenêtre grande ouverte, s'il vous plaît. L'oxygène, pour valoir quelque chose, doit être froid et en mouvement. Il importe peu que le changement d'air se fasse quelquefois à rebours et remonte avec lui les émanations de la cave . . . pourvu que la fenêtre soit ouverte.

L'insomnie est plus fréquente chez les intellectuels. C'est peut-être que plusieurs n'avaient pas la vocation.

L'insomnie est plus fréquente en ville parce que le bruit empêche de dormir. Le bruit de la ville seulement. A la campagne, les jappements des chiens, les concerts de basse-cour, les vagues qui roulent, le vent qui hurle, les fenêtres qui claquent, le tressaillement des bidons sur la route et « ce cochon de rossignol qui ne fait que gueuler toute la nuit », sont reconnus plutôt comme des soporifiques. En ville, l'hypnotique de base c'est l'ouate dans les oreilles. Ça ne fait peut-être pas dormir un insomnique, mais c'est efficace dans tous les autres cas.

Il faut dormir huit heures sans quoi votre santé menace ruine et vous vous acheminez résolument vers la mort. L'insomnie tenace, conduit à la névrose, à la folie, au délire, à la tuberculose, etc., parfois aussi à la syphilis, mais par un autre mécanisme. « Tu es maigre et



vert, c'est parce que tu te couches trop tard. » Être maigre et vert, c'est être à plaindre, c'est l'être pour très longtemps.

L'insomnie empêche le repos et prépare une journée d'épuisement pour le lendemain, ou pour le surlendemain d'après les tenants d'une autre école. D'une journée à l'autre, cette fatigue s'accumule et nécessite un repos prolongé en proportion pour refaire ses forces. Celui qui prétend n'avoir pas fermé l'œil pendant un mois doit donc, logiquement, pour en sortir, dormir dix jours de suite sans s'éveiller, soit exactement 240 heures.

Si elle se prolonge, l'insomnie aboutit à la mort. On le dit dans tous les bouquins, mais on ne précise pas le nombre d'années requises. Peu d'hibernants sont immortels cependant. Qu'est-ce qui n'aboutit pas à la mort ?

\* \* \*

Quand on recherche sur quoi se fonde en réalité la nécessité de dormir, l'expérimentation permet de reconnaître deux aspects différents du sommeil : un aspect somatique et un aspect psychique.

Au point de vue somatique, il existe un besoin objectif, organique, irrésistible de l'organisme de s'immobiliser le plus possible pour refaire ses forces après une période d'activité prolongée. Ce besoin se satisfait automatiquement et impérieusement à la moindre opportunité, même dans les conditions les moins propres au sommeil usuel. Il est à peu près proportionnel à l'activité, à l'épuisement. Ce sommeil de réparation véritable est un sommeil obligé, indispensable. Il ne nécessite que quelques heures et a rarement l'occasion d'apparaître à l'état isolé et manifeste si ce n'est dans les circonstances exceptionnelles où le sujet a été complètement empêché de dormir plusieurs jours de suite, comme en temps de guerre sur les champs de bataille. Il manque rarement de se satisfaire.

Au point de vue psychologique, il existe un autre besoin subjectif, surajouté, correspondant à un sommeil de luxe destiné non pas à restaurer l'organisme mais à prévenir son épuisement. C'est un sommeil tampon qui, pour satisfaire l'esprit, dure beaucoup plus qu'il n'est requis pour refaire le corps y compris le cerveau. Il se présente plus ou moins tard après le coucher du soleil, toujours à la même heure malgré la saison.

En satisfaisant les besoins psychiques il prévient l'apparition du besoin organique. Toujours pour des raisons psychiques ce sommeil de luxe est très variable et modifiable suivant les individus et les circonstances, mais, presque toujours, il excède de beaucoup le besoin organique indispensable. C'est aux dépens de cette portion du sommeil que se développent presque toutes les insomnies banales ou morbides. Autrement dit, c'est parce qu'on dort trop qu'on peut devenir insomniaque.

On doit apprendre bien des choses dans sa vie, mais on n'apprend pas à dormir. C'est une fonction automatique, réflexe, consentie qui trompe l'attention et la volonté pour satisfaire le besoin vague qui nous saisit quand tous nos autres besoins sont momentanément satisfaits. Le bébé qui n'a que des besoins alimentaires ne s'éveille que pour manger. Le reste du temps il dort, parce qu'il ne sait pas encore employer les heures qui lui restent. A mesure que le développement amène d'autres intérêts, le sommeil se réduit et se distribue suivant un horaire conventionnel établi par la coutume. Les jeunes dorment l'après-midi si, quand et parce qu'on les couche. Plus tard, le bambin regagne son lit quand ça fait une heure qu'on crie après lui. Quand il est devenu adulte, au caprice des habitudes de la famille et du milieu, il se couche toujours à la même heure ou jamais à la même heure. On a même cru que la façon de dormir était héréditaire. La durée et l'horaire du sommeil de luxe sont fixés par l'habitude. Il y a des gens qui sont esclaves de leurs habitudes ; d'autres sont incapables de s'en faire.

Toutes les préoccupations de l'individu peuvent venir modifier cette phase du sommeil. Les préoccupations professionnelles du médecin écourtent plusieurs de ses nuits. Les préoccupations ludiques des joueurs, des danseurs, des sportifs, des excursionnistes, des veufs de fait ou d'espérance, tiennent les yeux secs. Personne ne se gêne, ni ne se plaint de raccourcir ses heures de paresse quand c'est profitable de le faire, ni Napoléon préparant une campagne, ni Pasteur en train de faire une découverte, ni Edison à la veille de pondre une nouvelle invention. Cette simple abstinence de sommeil, c'est l'insomnie banale des gens qui ne se couchent pas ou qui travaillent au lit. Une de mes tantes est si préoccupée de menus détails qui absorbent son intérêt qu'elle perd la notion du temps et oublie tout simplement de se coucher.

Une vieille fille résignée, que j'ai connue, avait d'autre part si peu de préoccupations dans sa vie, qu'en baillant le matin au sortir du lit elle disait : « J'en connais une qui ne se couchera pas tard ce soir. »

En somme, la durée et la répartition du sommeil ne peuvent être des critères invoqués dans la définition de l'insomnie. Cinq heures de sommeil sont un désespoir pour quelqu'un, mais une bonne nuit pour son voisin. S'il ne dort pas longtemps, il dort vite. Chacun a sa résistance personnelle à l'insomnie. Cette résistance est en grande partie conditionnée par les convictions qu'on se fait sur la suffisance et la valeur de son propre sommeil. C'est ainsi qu'on a pu dire : « On a les nuits qu'on mérite. »

L'insomnie morbide est une frustration. C'est la privation involontaire, désagréable, pour une raison pathologique ou non, d'un besoin reconnu comme indispensable et éminemment désirable. C'est l'insomnie des gens qui se couchent pour dormir et qui se préoccupent de leur sommeil. Ce n'est pas une maladie mais un symptôme, une conséquence de l'anomalie qui empêche la conscience de se dissoudre automatiquement. Un autre critère de morbidité de l'insomnie c'est qu'elle s'accompagne toujours d'autres symptômes, particulièrement de fatigue, de douleurs diverses et d'anorexie, qui sont eux aussi le résultat de la viciation de mécanismes automatiques, influencés par les mêmes facteurs et pour les mêmes raisons.

L'insomnie frustration peut se présenter sous différents types : elle peut être accidentelle, transitoire ou durable. Elle peut être partielle ou totale. Elle peut être un retard à l'endormissement, un réveil prématuré, une succession de réveils plus ou moins complets sur un fond de somnolence plus ou moins profonde, ou elle peut être tout ça à la fois. Ces divers troubles se passent dans le calme ou l'agitation, dans le cauchemar ou les idées noires. Ils s'accompagnent d'une angoisse plus ou moins tolérable pouvant aller jusqu'à la grande crise d'anxiété hystériforme, qui tord les barreaux de la couchette, martelle les murs, qui nécessite les téléphones à longue distance, l'éveil de la parenté, du médecin, du prêtre, et l'administration de l'extrême-onction.

Les tortures de la nuit sont plus ou moins compensées par le sommeil matinal ou diurne. Elles laissent toujours à leur suite une sensation

de lassitude, mais qui est en tout point comparable à celle qui suit douze heures de sommeil chez ceux qui préfèrent la chaleur du lit aux exigences de la station debout. C'est une sensation de difficulté du retour à l'activité, une paresse modifiable par l'habitude et par l'intérêt de l'action. C'est une curieuse de fatigue qui oublie d'apparaître même chez les insomniaques un matin de pique-nique ou au moment d'un départ pour vacance.

Une autre variété d'insomnie est l'inversion du rythme somnique des vieillards qui tapagent la nuit et dorment tout le jour. Il leur faut, pour dormir, la sécurité du bruit et de la lumière ; la menace du silence et de l'obscurité les excite.

Le type d'insomnie le plus spécial est celui des gens qui dorment et ronflent toute la nuit. C'est une forme beaucoup plus fréquente qu'on croit. Un bon nombre de ceux qui se plaignent de n'avoir pu fermer l'œil depuis des mois et des années, et d'entendre sonner toutes les heures de la nuit, sont de solides dormeurs qui restent florides et d'esprit vif. La majorité sont sincères dans l'attribution de tous leurs maux au manque de sommeil. Dans certains cas l'observation révèle que le sommeil n'est pas profond et entrecoupé de rêves et de réveils ; dans d'autres cas il est profond et soutenu. Parfois les sujets retrouvent en s'éveillant l'impression confuse des excitations reçues pendant la nuit ; parfois ils se lèvent tous les matins avec le souvenir renouvelé d'insomnies anciennes ; parfois les minutes d'insomnie leur laissent une impression d'éternité ; parfois ils rêvent qu'ils ne dorment pas. Dans tous ces cas le sommeil n'a pas été profitable et c'est assez pour qu'on en nie l'existence.

À l'hôpital, à l'hospice, que de gens se plaignent des ronflements sonores des insomniaques du voisinage. J.-J. Rousseau s'est toujours plaint d'insomnie et son valet de chambre affirmait qu'il dormait fort bien. J'ai lu l'observation d'un religieux neurasthénique en traitement pour une insomnie terrible, quotidiennement persistante, dans une maison de santé sise près d'une rivière. Un soir, un violent orage fait déborder la rivière et oblige le personnel à travailler toute la nuit, à élever des digues de fortune. Vers le matin une crue plus violente emporte tout et pénètre dans l'établissement avec un bruit de tonnerre. Personne ne

ferme l'œil de la nuit excepté le révérend insomniaque qui est tout étonné, le lendemain, de voir six pieds d'eau dans le jardin sous sa propre chambre. Lui seul n'a rien entendu.

Il faut toujours vérifier si l'insomnie existe avant d'y croire et d'essayer de la traiter. Il ne manque pas de névrosés qui amplifient volontairement leurs troubles pour attirer la sympathie et légitimer leur fatigue ou leur paresse.

\* \* \*

Les causes pathologiques de l'insomnie morbide sont nombreuses et de deux ordres différents : somatiques et psychiques. Elles n'ont pas la même nocivité pour tous. En biologie, les mêmes causes produisent des effets différents chez des individus différents et des causes diverses aboutissent au même résultat chez un même individu, parce que le tempérament individuel est le facteur causal dominant.

Les désordres somatiques interviennent par divers mécanismes pour réduire la durée, l'intensité et l'efficacité du sommeil.

Toutes les excitations périphériques, douloureuses ou désagréables, susceptibles de tenir la conscience en éveil ou de la réveiller au cours de la nuit, peuvent écourter ou empêcher le sommeil, surtout si elles sont angoissantes. Ainsi agissent les grands traumatismes, les plaies, les brûlures, la céphalée, le zona, un panaris, une névralgie, les suites opératoires, le prurit, les crampes, les paresthésies et la goutte d'autrefois.

Ainsi agissent la dyspepsie, l'ulcus, les coliques, la toux de toute origine, la dyspnée, presque toujours angoissante, les palpitations et les douleurs précordiales, inquiétantes elles aussi.

Ainsi agissent les érections pénibles, la polyurie et la pollakiurie nerveuses ou organiques. L'envie d'uriner est le meilleur réveil-matin.

Ainsi agit l'hyperesthésie de l'ouïe s'accompagnant de bourdonnements d'oreille, etc.

Ces troubles douloureux ou angoissants s'exagèrent la nuit parce que l'attention moins distraite s'y fixe obstinément.

Ces facteurs physiques interviennent, en somme, tout comme les circonstances désagréables de l'entourage qui dérangent le sommeil : les

lamentations des enfants, le feu chez le voisin, la conduite d'eau crevée, etc., etc. C'est l'insomnie d'origine réflexe.

La conscience peut être maintenue en éveil par l'irritation toxico-infectieuse des centres cérébraux : c'est l'insomnie d'origine humorale. La fièvre excite, tend à la confusion, comme au début de la typhoïde, de la grippe, du rhumatisme articulaire aigu, etc. Le diabète, la cirrhose, la néphrite chronique, le mal de Bright intoxiquent. Certains toxiques exogènes comme le thé, le café, le tabac, la benzédrine, l'alcool, la cocaïne, le haschich, les diverses toxicomanies peuvent déterminer de l'insomnie. Il est bon de remarquer, cependant que, parfois, la réputation excitante de certaines de ces substances peut primer sur leur action pharmacodynamique. Dans une université américaine, on a servi dans la soirée, à un groupe de gens non prévenus, du café décaféiné et du lait chaud additionné de caféine. Ceux qui ont bu du lait ont bien dormi ; les autres ont dû se rouler dans leur lit. La caféine a déjà été proposée comme hypnotique. Il serait temps d'essayer la benzédrine.

Une chose certaine, c'est que l'abus des hypnotiques peut, lui aussi, causer et entretenir l'insomnie. La suppression radicale de la drogue et même l'usage de la strychnine suffit souvent à rétablir le sommeil. La tolérance pour les hypnotiques n'est pas la même pour tous. Au lieu de faire dormir, ils causent parfois une confusion tapageuse entretenue par des doses subséquentes.

Il existe enfin une insomnie d'origine centrale. Le cortex et le centre régulateur du sommeil peuvent être directement excités par une lésion infectieuse, tumorale ou traumatique. D'où l'insomnie du délire aigu, du *delirium tremens*, des encéphalites, des tumeurs cérébrales, des traumatismes crâniens et de toutes les variétés de lésions diencéphaliques qui sont susceptibles de troubler le sommeil en plus ou en moins.

Enfin, la plupart de ces causes somatiques peuvent exister chez des gens qui ne cessent pas de dormir pour ça.

Ces causes nombreuses d'insomnie ne sont cependant pas les plus fréquentes. La fonction du sommeil de luxe correspond à un besoin psychique et ce sont des facteurs psychiques qui la troublent le plus souvent.

L'insomnie peut se rencontrer dans la symptomatologie de toutes les maladies mentales, mais pas invariablement. La grande majorité des clients des hôpitaux psychiatriques se plaignent de manquer de sommeil. Au cours de toute maladie des modifications psychiques peuvent empêcher de dormir et par des mécanismes divers.

Toutes les maladies qui excitent et préoccupent, éloignent le sommeil. L'agitation des démences, des confusions, des manies déterminent de l'insomnie. Les préoccupations des déprimés, des anxieux, des neurasthéniques, des phobiques, des obsédés, des émotifs, des hallucinés écourtent le sommeil. Certains inquiets, qui réussissent à passer la journée dans un sentiment de sécurité relative, se sentent désespérés dans la solitude, le silence et l'obscurité de la nuit. Il en est qui font des efforts pour se tenir intentionnellement éveillés par crainte des malheurs ou de la mort qui peuvent survenir pendant leur sommeil. D'autres qui recherchent l'isolement total évitent de dormir pour travailler la nuit sans être importunés par les autres. Certains sont maintenus en éveil par un sentiment de fatigue excessive, énervante et quasi douloureuse. D'autres ne dorment pas la nuit parce qu'il se reposent trop ou sommeillent dans le jour.

Toute tension psychique, toute concentration sur une idée, un souvenir, une inquiétude, un problème, un chagrin, sur l'attente d'un événement à venir comme le retour du mari alcoolique, la fin de la veillée chez le voisin, la prochaine sonnerie de l'heure, etc. ; tous ces excès d'attention éloignent le sommeil. On demande, un jour, à un vieillard à barbe si, pour dormir, il met sa toison par-dessus les couvertures ou en-dessous. Il ne l'a jamais remarqué et promet une réponse pour le lendemain. On voit réapparaître le patriarche le jour suivant absolument tondu. Énervé de changer sa barbe de place pour retrouver une position compatible avec le sommeil, il a dû la couper de désespoir pour réussir à s'endormir.

L'insomnie peut encore résulter de mécanismes inconscients pour des motifs que l'intéressé n'ose s'avouer à lui-même. Exemple : une femme se plaint que son mari l'éveille à quatre heures tous les matins quand il se lève pour aller sur sa ferme. Elle a de la peine à retrouver son sommeil et doit le prolonger tout l'avant-midi pour compenser.



Quand le médecin lui ordonne en désespoir de cause de se lever en même temps que son mari, elle cesse de s'éveiller mais fait de l'hypersomnie invincible jusqu'au midi. Les troubles du sommeil servaient pour elle à motiver inconsciemment son abstention du travail matinal qui lui déplaisait.

Invariablement, la répétition des nuits blanches devient une source d'inquiétudes, de mécontentement et d'angoisses qui, par un cercle vicieux, vient entretenir l'insomnie. La phobie du manque de sommeil devient la principale cause de l'insomnie. Le sujet pense tout le long du jour à la nuit blanche de la veille ; il réduit son activité et ses préoccupations lui procurent une sensation de lassitude. Le soir, il s'inquiète de savoir si, enfin, il dormira. C'est devenu le problème central de toute sa vie. Il se couche tôt montre en main, avec l'intention bien arrêtée de réussir. Il tend tous ses muscles vers cette résolution désespérée. Il repasse ensuite toutes les positions imaginables, tous les recoins du lit. Il essaye différentes épaisseurs de couvertures et toutes les recettes qu'il connaît de chapelets, de moutons, de suggestions intempestives. Son attention se rive ; il ne peut se distraire de ses pensées hypnotiques, et quand son esprit s'en va, vite il se ressaisit. Il doit faire effort pour clore les paupières et tenir ses yeux chauds. Dormir ! il faut dormir ! Il est encore deux heures. Quelle journée terrible encore pour demain. Il déménage le cadran. Puis les sursauts de son corps et le bruit de ses artères le distraient jusque dans sa chair. Il se lève pour une tisane, pour une autre pilule, pour une autre cigarette, pour le vidage d'un bas fond vésical, pour lire une page ou deux, pour écouter dormir les autres, pour se regarder verdigriser devant le miroir, dans la pénombre et les faux plis du pyjama. Il enrage, il se roule, le lit brûle. Il ne sait plus où placer ses membres dans les replis des draps aigus comme des coupures. Et ça ronfle à côté, et le laitier s'amène au petit pas de sa picasse et au grelotement de ses bouteilles. Et la fenêtre blanchit toujours et des oiseaux plus nombreux s'éveillent et la mèche de cheveux retournée fait mal et la bouche est amère. Désespéré de cette lutte harassante, il se résigne enfin. C'est inutile je ne pourrai jamais dormir, une autre nuit de perdue, une autre journée d'écrasement qui s'amène. J'en deviendrai fou. Il cesse de regarder l'heure et à une minute imprécise de résigna-

tion le malheureux s'endort. Les réveille-matin sonnent d'une chambre à l'autre, les matelas grincent, les portes craquent, les robinets coulent, le bébé crie, le voisin tond son gazon, les camions déboulent et claironnent, l'insomnique dort toujours. Il réapparaîtra dans cette maudite vie avec la grimace d'un supplicié et son éternel refrain : « Qu'est-ce que je vais devenir ? Je n'ai pas encore fermé l'œil de la nuit. »

\* \* \*

Quelles sont en réalité les conséquences de l'insomnie ? L'opinion populaire, qui est devenue classique et a été adoptée par la profession médicale, c'est que l'insomnie est néfaste, épuisante, parfois même mortelle.

Les expérimentations entreprises pour vérifier la valeur de cette opinion ont fourni des résultats déconcertants et tout à fait imprévus. La méthode de l'insomnie expérimentale a révélé qu'au point de vue somatique la réduction même considérable du sommeil n'influait à peu près pas la santé. Quand les conditions de l'épreuve le permettent, le besoin organique objectif de dormir se présente après plusieurs jours d'insomnie et se satisfait impérieusement en quelques heures. Cette satisfaction peut encore être retardée artificiellement pendant longtemps avant de produire la mort. Mais il faut remarquer qu'alors il n'y a pas seulement le sommeil qui a été supprimé mais en même temps les possibilités d'inactivité totale, de l'état de repos corporel. Aux méfaits possibles de l'insomnie prolongée s'ajoutent donc ceux de l'usure organique réelle. Dans ces mêmes conditions les résultats objectifs du travail intellectuel sont peu modifiés dans les tests et les modifications notés sont assez analogues à celles qui surviennent au réveil après le sommeil normal. Si on ajoute, à l'insomnie et au surmenage corporel, la surcharge des émotions fortes de l'ordre de celles de l'évacuation de Dunkerke, un petit pourcentage de sujets présentent un syndrome pseudo-parkinsonien fugace qui disparaît rapidement avec le repos.

Dans les conditions usuelles, les troubles somatiques qui accompagnent l'insomnie ne proviennent pas d'elle mais sont d'autres conséquences de l'affection qui empêche de dormir.

Quand une période de sommeil de 3 ou 4 heures par nuit est fournie indéfiniment les troubles somatiques n'apparaissent jamais. Le directeur d'un pensionnat, en Allemagne, se basant sur la notion baroque que le sommeil d'avant minuit compte double, a engagé ses élèves à se coucher à 19 heures pour se lever déjà à 23 heures 30. Après un an, il rapporta des transformations très profitables de la santé de ses pensionnaires.

Les Américains qui ont repris, dernièrement, ces expériences, rapportent, eux aussi, que les conséquences de l'insomnie volontaire sont surtout psychiques (Cf. *Newsweek*, 3 fév. 1947).

Au point de vue psychique, la réduction du sommeil n'affaiblit pas les facultés intellectuelles, mais elle influence plus ou moins l'affectivité suivant le tempérament du sujet, suivant les convictions affectives qu'il se fait de la nécessité du sommeil et de la valeur réparatrice du sien propre. Celui qui ne désire pas le sommeil ne fait jamais d'insomnie morbide, ni celui qui s'y résigne franchement jusqu'à l'indifférence totale et au mépris complet.

Le sommeil de luxe répond au besoin psychique qu'on a d'oublier, de laver, d'enterrer les multiples petits tracas que la vie nous apporte. En son absence, les anomalies affectives qui déterminent la majorité des insomnies durent et s'accroissent. Alors l'insomnie entretient l'insomnie par un cercle vicieux. Elle s'accompagne des autres symptômes morbides du désordre causal accentué, troubles qui sont interprétés à tort comme des conséquences de l'insomnie.

En résumé, l'insomnie morbide est la conséquence de diverses affections. Par elle-même, elle ne cause aucune maladie, mais elle peut entretenir et exagérer celles qui l'ont causée.

\* \* \*

L'insomnie, qui est le désordre psychosomatique par excellence, nécessite un traitement psychosomatique. Dans un cas donné, le désordre n'est ni exclusivement somatique, ni exclusivement psychique, mais plus ou moins d'une catégorie ou de l'autre.

Avant d'entreprendre un traitement, il est important d'évaluer tous les facteurs qui interviennent dans la production de l'insomnie et qui modifient la résistance du sujet.

Toute cause somatique de l'affection doit recevoir un traitement au moins symptomatique. Si le manque de sommeil provient d'une maladie mentale bien caractérisée, c'est cette maladie qu'il faut traiter tout d'abord. Quoi qu'on fasse, le maniaque ou le mélancolique ne dormiront qu'en fin de maladie. Même dans les formes incurables de ces affections, les traitements de choc procurent à peu près invariablement le retour du sommeil normal. L'insomnie héroïque mérite un traitement héroïque.

En l'absence de l'efficacité d'un traitement causal ou en attendant ses résultats, le recours aux médicaments hypnotiques symptomatiques est un réflexe médical. La quantité et la variété de pilules, de potions et d'injections calmantes qui ont été ajoutées au rituel de la prière du soir est effarante sinon pour les pharmaciens. Le sommeil toxique est entré dans les mœurs. Et l'on prétend nous vendre des soporifiques toujours plus actifs et moins nocifs les uns que les autres et, toujours, quelqu'un réussit à ne pas dormir et à s'empoisonner avec. Les injections de sédol et les barbituriques font des toxicomanes à la douzaine. Ils font dormir un maniaque une heure et le font hurler le reste de la nuit. Ils rendent simplement plus tapageurs et plus égarés les confus turbulents. Alors, on réinjecte pour respecter la routine.

Pour ma part, hors les cas qui relèvent de toute évidence des traitements de choc, donnés au début de la nuit si nécessaire, j'ai obtenu les meilleurs résultats dans la moyenne des cas avec les calmants composés qui associent gardénal, bromures et extraits végétaux, non pas donnés à haute dose avant la nuit, mais par petites doses fractionnées, égrénées tout le long du jour. Après une journée passée dans le calme, le malade n'a pas besoin d'être assommé pour dormir la nuit.

Il y a encore intérêt à essayer les méthodes anodines proposées pour les cas chroniques, comme la vitamine C à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour, ou encore la réduction du sel dans l'alimentation. D'autres fois, le traitement se résume à une cure de désintoxication.

Enfin, dans tous les cas, la psychothérapie est nécessaire, même souvent indispensable. Le sommeil doit être considéré non seulement comme une fonction cérébrale, mais bien comme une fonction psychique. Il faut savoir à quoi pense celui qui ne dort pas. Les tracasseries qui l'empêchent de fermer l'œil doivent être dissipées, même s'ils sont inconscients et masqués. Il faut absolument calmer l'angoisse.

Le point le plus important pour l'insomnie, c'est de changer sa philosophie du sommeil, c'est de réapprendre à se laisser dormir. Il faut consentir au sommeil et n'y plus penser du tout. C'est une fonction qui doit rester automatique. La volonté, l'attention, le désir, l'effort chassent invariablement le sommeil. Il doit venir comme un voleur. Dormir c'est se désintéresser, même du sommeil. On s'endort quand on n'y pense plus.

C'est d'en arriver là qui est le plus difficile pour l'insomnie chez qui le désir du sommeil se présente automatiquement lui aussi, comme toute mauvaise habitude. Il faut obtenir sa confiance jusqu'au point qu'il admette, au moins provisoirement et malgré tout ce qu'il a appris, même de ses médecins, que ce qui repose c'est le fait d'être couché confortablement et immobile ; que l'insomnie le fatigue à cause du désespoir que lui procure l'inefficacité de la tension et des efforts qui occupent toute sa nuit ; que ce sentiment de fatigue correspond à une frustration et non à un état de faiblesse véritable ; qu'il faut se mettre au lit non pour dormir mais pour se délasser, sans regarder l'heure, sans chronomètre et que les sonneries d'horloges doivent être arrêtées ; qu'il ne faut pas se rendre esclave de l'heure ni pour se coucher, ni pour se lever ; qu'il vaut mieux rester calme et sans sommeil que de fortifier toute la nuit sans autre résultat que le désespoir ; qu'il vaut mieux employer son temps libre à mettre de l'ordre dans ses souvenirs et ses projets les plus agréables ; que la résignation et le mépris sont les meilleurs hypnotiques ; que le sommeil nécessaire se présente invariablement tout seul et qu'on peut se lever résolument le matin avec la conviction qu'on peut et qu'on doit faire une pleine journée.

Dans les cas endurcis, à cause de la solidité des vieilles convictions il est parfois nécessaire de s'aider de la suggestion sous hypnose pour amener la résignation sincère et l'indifférence absolue. Dès que cet état

d'esprit, qui est l'état normal, est réalisé, le sommeil normal survient tout de suite et dure toute la nuit.

Dans les cas des insomniaques qui dorment et qui insistent pour obtenir des médicaments, mieux vaut recourir à la psychothérapie des placebo inoffensifs qu'aux toxiques. Chez un bon nombre de nos patients de maison de santé, ils donnent de meilleurs résultats que les barbituriques ; ce qui finit de démontrer l'influence indéniable du psychisme sur le sommeil. Si vous n'y croyez pas encore, goûtez vous-mêmes aux placebo, et surveillez-en de près l'efficacité. C'est bien ça ! Vous ne dormirez pas de la nuit.

---

# REVUE GYNÉCOLOGIQUE

---

## TUBERCULOSE GÉNITALE

par

Henri-R. de SAINT-VICTOR

*Assistant en gynécologie à l'Hôpital du Saint-Sacrement*

---

Il y a environ deux cents ans que furent décrites, par Morgagni, au cours d'autopsies, les lésions tuberculeuses des organes génitaux féminins. Un siècle plus tard, plus exactement en 1862, Sir Spencer Wells opérait, par erreur, une malade atteinte de tuberculose pelvienne et abdominale. Il croyait avoir affaire à un énorme kyste de l'ovaire ; il s'agissait, en réalité, d'une tuberculose pelvienne enkystée. L'erreur fut complète et décisive, puisque, vingt-cinq ans plus tard, la malade vivait encore. En 1865, Brouardel, dans sa thèse inaugurale, nous donna une description anatomo-pathologique et clinique très complète de la maladie. Puis, en 1882, Robert Koch découvrit le bacille qui porte son nom.

Ces découvertes furent le point de départ d'une série d'études qui enrichirent, presque tous les jours, le domaine de la gynécologie. Jusqu'à

---

(1) Conférence faite à l'Hôpital Laval, le 22 octobre 1947.



la monographie de Hegar, en 1886, on considérait la tuberculose génitale comme une maladie très rare et presque toujours mortelle.

Cornil, en 1888, Terrillon, en 1889, Guillemain, en 1893, J.-L. Faure, en 1902, agrandirent singulièrement l'horizon de nos connaissances. Mais le champ d'activité est si vaste que, encore aujourd'hui, la tuberculose génitale demeure un problème des plus importants et un diagnostic des plus difficiles à faire.

Elle est souvent la première manifestation d'une tuberculose latente, d'une tuberculose ignorée : elle est donc habituellement secondaire à un foyer existant ailleurs. Sachons cependant qu'elle est parfois primitive, et peut-être plus souvent qu'on ne l'a cru.

La contamination se fait habituellement par voie sanguine, mais elle peut très bien se produire par voie lymphatique ou par contiguité.

L'âge de la tuberculose génitale ne peut être un élément de diagnostic important, puisque, comme à peu près toutes les affections gynécologiques, c'est entre vingt et quarante ans qu'on la rencontre le plus souvent. Cela n'exclut pas les tout jeunes enfants, ni même les vieillards.

Vous trouverez, sans doute, les mêmes facteurs prédisposants pour la tuberculose génitale que pour la tuberculose en général. On a beaucoup parlé de gonococcie, d'infection puerpérale, d'hypoplasie utérine, mais il semble extrêmement difficile d'y voir une relation de cause à effet. Il est sûr que l'hypoplasie utérine et la tuberculose génitale sont très souvent associées, mais laquelle des deux dépend de l'autre ? Il ne semble pas que le problème soit bien facile à résoudre.

Ce sont les trompes qui sont le plus souvent atteintes, et plusieurs auteurs ne craignent pas d'affirmer que, dans tous les cas de tuberculose génitale, les trompes sont plus ou moins touchées. Par ordre de fréquence, viennent ensuite l'utérus, l'ovaire, le col, le vagin et la vulve. Admettons donc que, à part les cas extrêmement rares de tuberculose vulvaire, vaginale ou cervicale, tuberculose génitale veut dire tuberculose salpingienne.

Mais une étude théorique comme celle que nous voulons faire ne doit pas laisser de côté les maladies qui constituent des raretés médicales et, dans cette catégorie, entrent les tuberculoses vulvaire, vaginale et cervicale.

## TUBERCULOSE VULVAIRE, VAGINALE, CERVICALE

La tuberculose vulvaire est une affection très rare et, si elle peut être une manifestation de tuberculose généralisée, elle est cependant, le plus souvent, le résultat d'une contamination directe. Ainsi, des enfants mis sous la garde de tuberculeuses contagieuses pourront développer une tuberculose vulvaire ; d'autant plus que des expériences faites chez l'animal par Jameson, en 1935, ont prouvé que la peau de la région vulvaire est facilement traversée par le bacille de Koch, même quand elle est saine. C'est d'ailleurs ce dernier auteur qui a dit que les tuberculoses vulvaires, vaginales et cervicales étaient, à cause de cela, plus fréquemment d'origine ascendante qu'on ne l'imaginait jusqu'alors.

Les rapports sexuels peuvent encore être à l'origine d'une tuberculose vulvaire lorsque, par exemple, le conjoint est atteint d'une épididymite tuberculeuse.

En clinique, cette affection se présente différemment, selon le type ou la forme que prend la lésion.

C'est ainsi que les auteurs français décrivaient une forme miliaire, une forme ulcéreuse et une forme chronique spéciale qu'ils appelaient esthiomène de la vulve. Aujourd'hui, nous savons que l'esthiomène de la vulve est une maladie à virus, le virus du lymphogranulome inguinal qui peut aussi bien apparaître sur un ulcère syphilitique que sur un ulcère tuberculeux. Cette forme de la tuberculose est donc, en elle-même, une affection autonome dont la cause réside très souvent dans la malpropreté.

Mais revenons à l'ulcération tuberculeuse vulvaire qui n'est pas du tout caractéristique à moins qu'on y retrouve, à la base, des granulations ou un exsudat gris jaunâtre fortement douteux. Ses bords sont déchiquetés, irréguliers et mous. Les ulcération sont semblables aux ulcération tuberculeuses de la bouche, de la langue, du pharynx. L'étude bactériologique peut, parfois, aider à faire le diagnostic, mais c'est surtout l'étude histologique qui apportera le plus de lumière.

Dans le lupus vulgaire avec ulcération, on retrouve des nodules typiques en gelée de pomme, des cellules géantes et, au centre de la lésion, une substance caséeuse.

Dans les lésions plus avancées, dites scrofulo-dermiques, il y a des trajets fistuleux qui font communiquer la vulve avec le rectum ou d'autres organes avoisinants.

La symptomatologie est bien limitée. Souvent, aucun symptôme ne vient troubler la quiétude de la malade ; parfois, il existe quelques douleurs et des symptômes d'irritation ; les lésions sont rarement œdémateuses et douloureuses au toucher, surtout chez les enfants.

L'histoire de la maladie peut orienter le diagnostic comme aussi l'insuccès d'un traitement antisiphilitique. La biopsie et l'inoculation au cobaye sont les moyens les plus sûrs pour l'identification rapide de l'étiologie de la lésion.

Le traitement est aussi simple que décevant. Destruction locale, héliothérapie, radiothérapie, neige carbonique, acide chromique, etc., peuvent rendre de grands services. L'excision chirurgicale est peut-être la thérapeutique la plus efficace.

Si je me suis tant étendu sur la tuberculose vulvaire, c'est que la tuberculose du vagin et du col s'en rapproche un peu et qu'elle doit être considérée comme une lésion très rare. La tuberculose vaginale est même plus rare que la tuberculose vulvaire. Elle est habituellement aussi une lésion secondaire, parce que le microbe vient de l'utérus, des trompes, du rectum, des voies urinaires ou du cul-de-sac de Douglas. Si elle est secondaire, l'ulcération tuberculeuse a des chances d'être ovale, allongée ; autrement dit, elle est en rapport avec le trajet que parcourent les sécrétions qui s'écoulent de l'utérus tuberculeux. Elle a des chances d'être arrondie si l'ulcération est primitive ; on en trouve un exemple dans la tuberculose conjugale transmise par un mari atteint d'épididymite tuberculeuse. Cette tuberculose vaginale se complique souvent de fistules avec le rectum, la vessie, l'urèthre, etc.

Le traitement peut être chirurgical, mais il est plus difficilement applicable au vagin qu'à la vulve ; tous les produits chimiques, tendant à brûler, détruisent plus qu'ils ne guérissent.

La tuberculose du col utérin est aussi une affection rare dont l'origine est le plus souvent, hématogénique, mais elle peut être la première manifestation d'une tuberculose d'origine sexuelle.

C'est toujours la biopsie qui tranchera le diagnostic et ici, plus qu'à la vulve ou au vagin, on y recourra souvent, puisque les lésions ressemblent beaucoup au cancer (ulcération, papillomes, bourgeonnement, hémorragies de contact, etc.).

Cette fois, le traitement est plus facile. Il peut être conservateur, mais ce serait une économie bien mesquine que de faire une cautérisation profonde ou une amputation du col au lieu d'une hystérectomie totale, si l'on n'est pas absolument certain de l'absence de toute lésion tuberculeuse dans les organes plus haut situés.

#### TUBERCULOSE DE L'ENDOMÈTRE

Cette localisation de la tuberculose est fréquente. Dans la moitié des tuberculoses salpingiennes l'endomètre participe au processus pathologique.

La contamination se fait donc par contiguïté ; le plus souvent, elle est d'origine descendante, mais elle peut parfois être aussi d'origine ascendante. Autrement dit, une tuberculose vaginale ou cervicale peut contaminer la muqueuse utérine et déclencher la tuberculisation de l'endomètre. Et, pour montrer la complexité du problème, je pourrais rappeler le cas rapporté par Lawlor, en 1946, où le foyer primitif d'une tuberculose endométriale ne semblait être rien d'autre qu'un ganglion lymphatique mésentérique calcifié.

Dans la tuberculose de l'endomètre, les symptômes du début sont très peu nombreux et aucunement caractéristiques. Dysménorrhée, pertes sanguines utérines légères ; il n'y a, très souvent, aucune lésion tubaire décelable. A mesure que les follicules tuberculeux se multiplient, les troubles deviennent plus marqués : une leucorrhée purulente profuse peut s'installer, une pyométrie même peut se constituer, si la prolifération de l'endomètre devient telle qu'elle obstrue l'orifice cervical. A un stade avancé, l'aménorrhée s'installe et on s'explique facilement pourquoi, puisqu'une multitude de follicules tuberculeux ont remplacé la muqueuse utérine disparue, envahie, détruite. Ces follicules pénétreront parfois plus loin dans l'épaisseur du muscle utérin, et pourront y former des abcès froids. Il est évident que, bien avant ce stade, l'amé-

norrhée s'est déjà installée. Cela me rappelle une malade vue, récemment, et qui était entrée dans notre Service de gynécologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement, afin de s'y faire traiter pour une aménorrhée de quatre mois. Il n'y avait rien dans ses antécédents personnels ; rien à l'examen génital ; rien à l'examen physique et radiologique des poumons. Parce que nous ne trouvions ni signes physiques ni symptômes, nous décidâmes de faire un curettage biopsique qui nous révéla la présence d'une tuberculose très avancée de l'endomètre. L'intervention chirurgicale décidée, l'hystérectomie et la double salpingo-ovariectomie furent faites, à cause de l'âge de la patiente et de la présence de petites lésions tuberculeuses macroscopiques au niveau des trompes.

Et c'est là le traitement de ces lésions tuberculeuses utérines. Il reste environ un tiers des cas où il est possible d'être conservateur et, alors, l'ovaire peut rester en place. Ici encore, il ne faut laisser dans l'abdomen, sans y avoir mûrement réfléchi, un organe qui pourra, à un moment donné, permettre à une maladie de disperser son germe néfaste dans tout l'organisme. Et puis, toutes les malades atteintes de tuberculose génitale ne sont pas opérables. Souvent, une longue préparation est nécessaire et, encore, lors de l'intervention, il peut être impossible de débarrasser la cavité pelvienne et la cavité abdominale basse des lésions tuberculeuses évolutives. Ici, la radiothérapie rendra de grands services. Campbell, dans un travail expérimental de grande envergure, a publié, en mars 1947, ses résultats au sujet du traitement de la tuberculose pelvienne par la radiothérapie.

#### TUBERCULOSE TUBAIRE

Nous le savons maintenant, dans pratiquement tous les cas de tuberculose génitale, les trompes sont touchées par le processus tuberculeux et les deux trompes sont presque invariablement atteintes.

C'est peut-être ici que nous distinguons les formes les mieux tranchées. Il peut s'agir, soit d'une tuberculose miliaire, soit d'une tuberculose parenchymateuse et caséuse, soit d'une tuberculose fibreuse.

La forme miliaire de la salpingite tuberculeuse est la première manifestation de la maladie. On lui reconnaît cependant deux stades.

Dans le premier stade, la séreuse péritonéale seule est prise : c'est le type de la salpingite tuberculeuse péritonéale ; au second stade, la muqueuse tubaire est envahie : c'est la vraie salpingite tuberculeuse. La première forme fait généralement partie de la péritonite tuberculeuse et, souvent, elle ne va pas plus loin et régresse plus ou moins lentement sans parfois laisser de trace. La seconde forme, au contraire, est une localisation génitale réelle qui peut ou bien guérir ou bien évoluer vers des stades plus avancés.

La salpingite tuberculeuse parenchymenteuse et caséuse est une manifestation aiguë de la maladie. La trompe est congestionnée, rouge, épaissie, succulente ; des sécrétions s'écoulent par le pavillon, vont infecter le péritoine, créent des adhérences et favorisent l'obstruction du pavillon tubaire. Il se fait ultérieurement des pyosalpinx, en tout semblables au pyosalpinx gonococcique, et dont le microscope seul peut faire reconnaître la nature. Si une substance caséuse remplit cette trompe, le diagnostic pourra se faire macroscopiquement.

Il existe une forme assez curieuse de salpingite tuberculeuse caséuse, c'est celle qu'on appelle abcès froid tubaire. Il n'y a aucune adhérence, mais on voit deux grosses trompes durcies, tortueuses et absolument libres dans la cavité pelvienne.

Tous ces pyosalpinx peuvent encore régresser, mais ils ont peu ou pas de chance de guérir. La trompe peut se rétrécir ; elle peut, exceptionnellement, passer au stade d'hydrosalpinx tuberculeux ; le plus souvent, le processus aboutira à la forme fibreuse de la tuberculose tubaire. La forme fibreuse est inactive ; les trompes sont scléreuses, adhérentes, parfois parsemées de nodules (salpingite nodulaire), comme dans la gonorrhée. Dans 60 p. cent des cas environ, les trompes sont bouchées à leur extrémité distale et cette occlusion a un effet heureux, puisqu'elle empêche l'écoulement de pus dans la cavité pelvienne et prévient ainsi les poussées de péritonite, la formation d'abcès pelviens et l'apparition d'adhérences étendues.

Comment peut-on reconnaître la maladie ? Ce n'est pas un diagnostic facile et j'ai déjà insisté avec raison sur le fait que la tuberculose génitale est une affection très difficile à mettre en évidence.

Tant que les fonctions des organes environnants ne sont pas troublées, les symptômes sont bien peu manifestes et s'extériorisent très vaguement. Un paradoxe important attire cependant l'attention. Il faut toujours se rappeler que l'on doit soupçonner une tuberculose génitale chaque fois qu'on retrouve des symptômes constitutionnels et gastro-intestinaux qui sont hors de proportion avec les constatations pelviennes faites à l'examen génital.

La malade se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen, de constipation, de malaises imprécis ; elle remarque qu'elle a perdu du poids, que ses forces diminuent, que son appétit est moins bon ; elle constate que sa température s'élève un peu, l'après-midi, qu'elle a de la flatulence ; qu'elle fait des indigestions ; qu'elle éprouve une sensation de gonflement de l'abdomen. Bref, il y a beaucoup de malaises mais peu de troubles importants.

Et ces malaises se continueront longtemps. Ce sont des malades chez qui on n'a jamais rien trouvé, mais dont on a toujours eu peur. A vingt ans, on l'a opérée pour appendicite sans la soulager. A trente ans, elle n'a pas encore d'enfants bien qu'elle soit mariée depuis plusieurs années. Et puis, après des années de fatigabilité extrême, elle se plaint de troubles multiples qui n'ont jamais dévoilé de lésions ; une masse apparaît dans un côté de l'abdomen puis dans l'autre. Les signes morbides sont maintenant évidents, l'étiologie de l'affection est reconnue ; il ne reste qu'à la traiter.

La radiothérapie est un adjuvant précieux et il ne peut être employé comme agent curatif que dans très peu de cas. La raison en est bien simple. Nous savons maintenant que la tuberculose génitale est extrêmement difficile à diagnostiquer ; nous savons aussi que la radiothérapie ne peut pas être employée sans danger dans les autres affections pelviennes. Il en résulte que, très souvent, la tuberculose génitale est une trouvaille d'opération et la radiothérapie pourra alors être employée après l'acte chirurgical pour en compléter les effets ou pour pallier son insuffisance. Je ne parle pas de l'héliothérapie, du traitement général, du stage au sanatorium, qui ont une valeur remarquable mais dont les résultats ne sont sûrement pas comparables à ceux que la chirurgie



procure. Une fois que la chirurgie aura enlevé l'infection pelvienne, la guérison complète pourra parfois s'effectuer.

#### TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Il est certain que les opinions sont partagées à propos de l'évolution de la tuberculose chez une femme enceinte. L'histoire nous fait voir des contradictions amusantes. Ainsi, avant 1850, on considérait tellement la grossesse comme un bienfait au cours de tuberculose pulmonaire qu'on en était arrivé à conseiller le mariage aux tuberculeuses. Mais Grisalles, en 1850, rapporte de sombres statistiques et les opinions des médecins changent complètement. On conseille, alors, l'avortement thérapeutique dans tous les cas de tuberculose pulmonaire. Dès 1906, cependant, Rosthorn émet l'opinion que la grossesse n'est peut-être pas si nuisible qu'on le disait et, en 1932, Couvelaire publiait dans *Paris Médical* un article où il affirmait que la grossesse n'était pour rien, d'abord, dans l'apparition d'une tuberculose pulmonaire et, ensuite, qu'un grand nombre de tuberculeuses pulmonaires n'étaient aucunement troublées par leur grossesse. Plus près de nous Ornstein et Kovnat, en 1935, citent des chiffres éloquents. Ils ont étudié quatre-vingt-cinq femmes tuberculeuses en état de grossesse et ils arrivent aux conclusions suivantes : 36 p. cent de ces femmes sont mortes ; 18 p. cent n'ont eu ni amélioration ni aggravation de leur état pulmonaire et 46 p. cent ont noté une amélioration de leur tuberculose. Tous ces résultats ont été observés dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement. Ornstein et Kovnat ont comparé ces chiffres à ceux d'une étude de la tuberculose chez des femmes non enceintes et ils ont constaté les faits suivants : 33 p. cent de ces femmes sont mortes, 31 p. cent restèrent dans un état stationnaire et 36 p. cent se sont améliorées. A première vue, la grossesse semble avoir un effet relativement bienfaisant sur la tuberculose pulmonaire. Nous en sommes donc, actuellement, à une époque où l'on déconseille l'intervention chirurgicale en interdisant l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses. C'est aussi la ligne de conduite que nous, catholiques, n'avons jamais abandonnée.

Mais si nous croyons, avec Burke, Cohen et une multitude d'autres auteurs, que l'arrêt de la grossesse ne change en rien l'évolution de la tuberculose, nous ne pouvons cependant envisager la grossesse comme un bienfait ou comme un traitement de la tuberculose pulmonaire. Notre devoir est donc de déconseiller le mariage chez les tuberculeuses dont les lésions sont en activité. Je dis bien lésions tuberculeuses en activité, parce qu'une tuberculose qui n'évolue pas ou une tuberculose guérie, chez une femme enceinte, ne présente pas du tout les mêmes risques. Sans doute, faut-il que ces malades soient suivies de près et constamment, durant toute leur grossesse, mais rares sont celles qui présenteront des troubles, même durant le travail, si les prescriptions d'usage sont bien observées.

La grossesse, de son côté, est rarement influencée par la tuberculose. Une statistique récente montre que 81 p. cent des tuberculeuses ont rendu leur grossesse à terme et mis au monde des enfants bien portants. L'avortement spontané ne se produit que dans les tuberculoses miliaires aiguës et l'accouchement prématuré n'est pas plus fréquent que chez les femmes en bonne santé. Il est probable que l'association du phthisiologue et de l'obstétricien est un grand facteur de succès auprès de ces malades. Le phthisiologue doit traiter la tuberculose comme si la grossesse n'existait pas. Toutes les mesures d'hygiène générale, le repos et le traitement dans un sanatorium avant, pendant et après l'accouchement, tout doit être mis en œuvre pour favoriser la guérison de la maladie. Friedman et Garber rapportèrent, en 1946, deux cas de pneumothorax bilatéral chez deux malades qui ont mis au monde des enfants parfaitement normaux. De plus, un bon nombre de thoracoplasties ont été faites pendant la grossesse, mais il semble que le risque est énorme pour la mère et que la vie de l'enfant est gravement compromise. C'est sûrement la collapsothérapie (pneumothorax, section du nerf phrénique et thoracoplastie) qui a amélioré le pronostic chez les femmes tuberculeuses gravides. Il est peut-être intéressant de savoir que le pneumothorax n'a pas besoin d'être renouvelé au moment même de l'accouchement ou immédiatement après. Des expériences ont prouvé que la différence de pression intrapleurale varie tellement peu après l'évacuation du fœtus qu'elle ne peut avoir aucune influence sur la marche de la lésion tuberculeuse.

Le travail et l'accouchement sont des épreuves importantes pour la tuberculeuse. S'agit-il d'une tuberculose légère? Le travail sera, la plupart du temps, normal. S'agit-il d'une tuberculose avancée? Le travail pourra être modifié ou, du moins, des troubles pourront apparaître. C'est à cette occasion que la dyspnée s'installe parfois, que des hémoptysies se produisent, que des accès de toux violente fatiguent la malade; et, si le travail est long, laborieux et douloureux, on voit apparaître des manifestations graves, comme l'œdème du poumon, le collapsus cardiaque et même la mort.

Diriger le travail et favoriser l'accouchement des tuberculeuses est un art qu'il ne faut pas négliger. Un des principes essentiels de la conduite à tenir chez ces malades est de calmer la douleur. Les sédatifs, au début du travail; l'anesthésie locale ou régionale, à la fin, et l'anesthésie caudale, dont je suis partisan; l'application d'un forceps bas, accompagné, la plupart du temps, d'une épisiotomie afin d'éviter à la mère le lourd fardeau de la période d'expulsion, sont autant de moyens précieux qui ne peuvent que rendre favorable l'évolution ultérieure de l'affection tuberculeuse. Certains auteurs prétendent que l'éther n'est pas un anesthésique dangereux chez les tuberculeuses, à condition qu'on l'emploie en circuit fermé, bien entendu.

De plus, l'accouchement doit se faire par les voies naturelles, à moins qu'une contre-indication importante existe. La césarienne n'est donc pas un procédé de choix. La version est une manœuvre à éviter, surtout à cause de l'anesthésie profonde qui est nécessaire pour son accomplissement.

Et puis, l'enfant doit être séparé de sa mère, il ne pourra pas être nourri par elle, à moins qu'elle ne soit aucunement contagieuse et que sa lésion soit inactive.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. CAMPBELL, R. E., The treatment of pelvic tuberculosis in the female by radiation therapy based upon experimental evidence in the animal and clinical result in the human, *Am. J. Obst. and Gynecol.*, 53 : 405-418, 1947.

2. COHEN, R., Pulmonary tuberculosis and pregnancy, *Brit. J. Tuberc.*, **40** : 10, 1946.
  3. COOPER, D. A., Pregnancy and tuberculosis, *M. Clin. North America*, **29** : 1454, 1945.
  4. EASTMAN, N. J., Editorial, *Obst. and Gynecol. Survey*, **1** : 485, (août) 1946.
  5. FAURE, J.-L., et SIREDEY, A., Traité de gynécologie médico-chirurgicale, *Librairie Octave Doin*, Paris, 1928.
  6. FRIEDMAN, L. I., et GARBER, J. R., Pregnancy and tuberculosis (the present status of the problem), *Amer. Rev. Tuberc.*, **54** : 275, 1946.
  7. GREENHILL, De Lee, Principles and practice of obstetrics, *W. B. Saunders Company*, 1943.
  8. HUNT, E., Disease affecting the vulva, *C. V. Mosby Company*, 1944.
  9. LAWLOR, M. Kathleen, Tuberculous endometritis with miliary spread, *Proc. Roy. Soc. Med.*, **39** : 770, 1946.
  10. NOVAK, E., Textbook of gynecology, *Williams and Wilkins Company*, 1944.
  11. TITUS, Paul, Management of obstetric difficulties, *C. V. Mosby*, 1945.
  12. WHARTON, L. R., Gynecology with a section on female urology. *W. B. Saunders, Company*, 1943.
-

## ANALYSES

---

M. LANCE. **Résultats éloignés de l'ostéosynthèse dans le traitement de la scoliose essentielle.** *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 73 : 630, 1947.

L'auteur rappelle brièvement que c'est aux États-Unis qu'est né le traitement chirurgical des scolioses, en 1913-1915, avec Galloway et Hibbs ; il signale les grands travaux faits en France, dont celui de Huc, en 1937, dans le *Traité d'Orthopédie*. Puis, il note les résultats peu brillants obtenus par les Américains, comme on peut le constater en lisant les observations rapportées par les chirurgiens américains dans leurs revues.

Lance a greffé 205 scolioses depuis 1919. En ne tenant compte que des scolioses essentielles, il peut faire état de 171 malades divisés en quatre groupes :

Le premier groupe comprend des scoliotiques jeunes traités régulièrement auparavant par la gymnastique. On leur a fait une greffe dans deux circonstances : a) quand des formes graves progressaient malgré le traitement orthopédique (8 cas) ; b) lorsque la compensation obtenue ne se fixait pas, après trois à quatre ans de traitement (14 cas).

Le deuxième groupe comprend quatre-vingts scoliotiques qui avaient une grosse déformation et qui ont été peu ou pas traités.

Le troisième groupe comprend trente-deux gros gibbeux dorsaux, adolescents ou adultes. Pour l'auteur, cette forme de scoliose constitue une indication opératoire importante, car, une fois que la déviation latérale s'est fixée, il se produit un tassement dorso-lombaire qui entraîne des troubles pulmonaires et cardiaques importants. Avant d'opérer ces gros gibbeux, il faut les préparer très bien par de la gymnastique respiratoire et par le décubitus.

Le quatrième groupe comprend les scolioses douloureuses de l'adulte (37 cas). On les divise en deux groupes :

a) certains sujets jeunes dont la scoliose se décompense. Ces patients préfèrent une greffe à l'obligation de porter un corset pendant toute leur vie.

b) trente-neuf adultes, âgés de 42 à 56 ans, qui ont exagéré brusquement une scoliose déjà vieille. La greffe est préférable au corset, à condition que le patient soit bien préparé.

Donc, sur 171 cas, 22 seulement étaient jeunes et peu déformés ; 149 étaient des scoliotiques très déformés.

#### TECHNIQUE ET RÉSULTATS

*Préparation du malade.* L'idéal est de fixer le rachis dans une position statique stable, en bon équilibre dans les deux plans. Cela s'obtient, chez les jeunes, au moyen des modelages progressifs du rachis en utilisant des corsets en celluloïd fabriqués d'après un moulage pris en position couchée. Le temps de saignement et le temps de coagulation doivent être mesurés. Le patient est opéré dans un corset bivalve.

*Acte opératoire.* L'auteur utilise la simple greffe d'Albee : gros greffon tibial de 23 à 25 centimètres de long, pris au ciseau. Il utilise le ciseau godille de Huc pour dédoubler les apophyses épineuses. Quelle partie du rachis faut-il fixer ? Du sacrum jusqu'à la septième ou la huitième dorsale, en pratique.

Lance conclut : « Tous ceux qu'on a pu fixer en position d'équilibre se sont maintenus bien qu'ils ne portent aucun appareil.

« Ceux qui, trop déformés, n'ont pu être fixés dans des aplombs normaux, sont astreints à porter des appareils semi-rigides en couilbaleiné, moyennant quoi ils ne s'aggravent pas. De gros gibbeux suivis depuis dix, quinze, vingt ans, très améliorés par l'opération, n'ont pas perdu ce bénéfice. Les adultes porteurs d'une scoliose basse douloureuse ne souffrent plus et ont pu reprendre leur profession, parfois rude.

« Nous nous croyons donc autorisés à dire que l'ostéosynthèse, opération bénigne, ne comportant pas de *shock* opératoire, permettant un lever rapide et la reprise d'une vie active dans un corset rigide porté 7 à 8 mois, constitue le traitement de choix dans certains états scoliotiques que nous avons définis. »

L.-P. Roy.

**Catheterization of the heart.** (Cathétérisme du cœur.) *Quoi de neuf ?* Bulletin publié par Abbott Laboratories.

Il y a peu d'exemples classiques d'un chirurgien risquant sa vie pour expérimenter une méthode nouvelle. C'est ce que fit Forssmann, en 1929, quand il s'est cathétérisé le cœur. Il s'est introduit un cathétère urétéral dans la veine céphalique et l'a fait pénétrer jusque dans l'oreillette droite. Depuis ce temps, douze cents observations ont montré l'innocuité de cette méthode.

Tout récemment, on a montré qu'elle permettait de diagnostiquer des lésions cardiaques congénitales, la radioscopie permettant de suivre le trajet de la sonde dans la veine et dans le cœur. Normalement, entre le sang de l'oreillette et le sang du ventricule droit il y a une différence de moins d'un pour cent d'oxygène. S'il y a beaucoup plus d'oxygène dans le ventricule que dans l'oreillette, c'est que le malade présente une perforation de la paroi interventriculaire.

Certains expérimentateurs sont parvenus à faire passer la sonde dans la faille du septum interventriculaire.

La persistance du canal artériel peut être aussi reconnue par le dosage de l'oxygène dans le sang de l'oreillette droite et dans le sang de l'artère pulmonaire. Normalement, la différence n'est pas supérieure à 0.6 de volume pour cent ; la persistance du canal artériel a donné 1.2 vol. p. cent dans un cas où la chirurgie a confirmé le diagnostic.

Deux malades présentant une persistance du trou de Botal avaient plus d'oxygène dans le sang de l'oreillette que dans celui de la veine cave.

De toutes façons, la méthode est sûre et inoffensive.

Pierre JOBIN.

L. W. HAUS, J. W. GOLDZIEHER et E. C. HAMBLÉN. **Dysmenorrhea and ovulation : correlation of the effect of estrogen therapy on pain, the endometrium, and the Basal body temperature.** (Dysménorrhée et ovulation.—Effets corrélatifs de l'œstrogénotherapie sur la douleur, l'endomètre et la température basale du corps.) *Am. J. Obst. & Gynecol.*, **54** : (nov.) 1947.

Il est évident que l'étiologie de la dysménorrhée fonctionnelle reste encore inconnue ; la multiplicité des théories émises sur ce sujet en est la preuve. Les traitements préconisés donnent tout au plus de 60 à 70 p. cent de résultats et le mécanisme de leur action n'est pas clair.

Une des caractéristiques la plus évidente de la dysménorrhée fonctionnelle est sa corrélation invariable avec un endomètre à type sécrétoire ou avec un type ovulatoire de la température basale. On peut donc conclure que l'ovulation est nécessaire pour que la dysménorrhée apparaisse. On s'est donc mis à supprimer l'ovulation dans le traitement de la dysménorrhée. Des œstrogènes administrés, sans contrôle, par injections et *per os*, donnèrent 77 p. cent de bons résultats, mais accompagnés parfois de perturbations dans le cycle menstruel. Tous les auteurs sont d'avis qu'il faut commencer la médication bien avant la date de l'ovulation et la continuer pendant 30 jours. On recommande d'omettre le traitement tous les trois mois, pour permettre la régression complète de l'endomètre. Certains investigateurs prétendent qu'il persiste une certaine amélioration après la discontinuation du traitement, mais la plupart sont d'avis contraire et affirment qu'il ne s'agit que d'une médication préventive et temporaire. Tous sont d'accord sur le fait que cette médication n'a aucun effet néfaste sur la fertilité subséquente.

Cinquante-quatre patientes furent étudiées sur un total de 228 cycles ; quatre-vingt-deux biopsies et onze températures basales furent indolores. Tous les cycles ovulatoires furent douloureux, sauf dans un cas où il s'agissait d'un endomètre d'allure sécrétoire au début.

Sur trente-trois patientes traitées avec des doses inférieures à 25 mg. de prémarine ou à 20 mg. de diéthylstilbestrol, douze, soit 36.4 p.



cent, obtinrent un soulagement complet. Sur dix-sept patientes traitées avec 25 mg. de prémarine ou 20 mg. de diéthylstilbestrol, huit, soit 47 p. cent, obtinrent un soulagement complet. Sur onze patientes traitées avec de 50 à 75 mg. de prémarine ou avec de 40 à 60 mg. de diéthylstilbestrol, huit, soit 72.7 p. cent, obtinrent un soulagement complet.

Durant les périodes de traitements, 91 cycles furent étudiés, avec des doses de moins de 25 mg. de prémarine et de moins de 20 mg. de diéthylstilbestrol, vingt-trois, soit 25.3 p. cent, obtinrent un soulagement complet. Durant 53 cycles, avec des doses de 25 mg. de prémarine ou de 20 mg. de diéthylstilbestrol, vingt-six, soit 49.1 p. cent, obtinrent un soulagement complet. Durant 23 cycles, avec des doses de 75 mg. de prémarine ou de 60 mg. de diéthylstilbestrol, dix-huit, ou 78.3 p. cent, obtinrent un soulagement complet.

Les auteurs sont donc d'avis qu'il est indispensable de faire suivre les traitements par des biopsies de l'endomètre ou par la prise de la température basale afin d'établir un dosage minimum mais suffisant pour empêcher l'ovulation.

Ils ne remarquèrent pas de perturbations appréciables dans les cycles menstruels de leur patientes, ni pendant le traitement ni après sa discontinuation.

Ils affirment également que la présence de progestérone ou de ses effets physiologiques est requise pour qu'il y ait dysménorrhée mais d'autres détails sur la pathogénie manquent encore pour l'élucidation de son étiologie.

R. BRAULT.

Min Hsin LI et W. U. GARDNER. **Tumors in intrasplenic ovarian transplants in castrated mice.** (Tumeurs dans des ovaires transplantés dans la rate chez des souris castrées.) *Science*, 105 : 13-14, 1947.

De nombreux travaux ont démontré certaines propriétés carcinogénétiques des hormones sexuelles, mais on connaît bien peu de l'action des hormones hypophysaires sur le développement tumoral. L'inactivation des hormones androgéniques et œstrogéniques au moment de leur passage dans le foie est admise et l'on sait aussi comment la production de gonadotropines hypophysaires est exagérée à la suite de la castration. En se basant sur ces données, les auteurs ont transplanté des ovaires de souris dans la rate de souris castrées (mâles et femelles). Chez vingt et une souris mâles, huit tumeurs se sont développées dont sept folliculomes et une tumeur mixte (folliculo-lutéome) ; et chez trente-trois souris femelles, onze tumeurs dont quatre lutéomes et sept folliculo-lutéomes. Chez dix-neuf autres souris femelles castrées, il s'est formé des adhérences entre la rate et la corne utérine ou le péritoine du voisinage à la suite de l'inoculation intra-splénique d'ovaire. Chez ces animaux il n'est apparu qu'une seule tumeur, un lutéome. La transplantation d'ovaires dans le tissu souscutané de souris femelles castrées et non castrées et de souris mâles castrées, ainsi que dans le testicule de souris, ne fut pas suivie de

développement tumoral sauf chez une femelle castrée où un petit folliculome souscutané fut remarqué. Les tumeurs provoquées ici sont identiques à celles qu'on rencontre en pathologie humaine et à celles qu'on a décrites dans l'ovaire de la souris après irradiation aux rayons X.

Carlton AUGER.

Porter P. VINSON. **Diagnostic et traitement du cardiospasme.**  
*South. M. J.*, 40 : 387-392, 1947.

Les principaux symptômes du cardiospasme sont la régurgitation des aliments, une forte douleur épigastrique ou rétrosternale, de la difficulté à avaler et de la gêne respiratoire.

Sa cause la plus probable est le manque de relâchement plutôt que la contraction excessive de la musculature œsophagienne et, comme le cardiospasme produit habituellement des dilatations et des déviations de l'œsophage, l'auteur trouve dans la radiologie un excellent moyen de diagnostic entre le cancer, le cardiospasme et la hernie diaphragmatique. Chez l'enfant, la lésion est fréquente mais éphémère. L'homme en souffre plus que la femme et les symptômes, exagérés par les émotions, apparaissent habituellement entre vingt et trente ans. L'ulcération de la muqueuse œsophagienne dépend surtout du degré d'obstruction du cardia et de la quantité d'aliments qui s'est accumulée dans l'œsophage dilaté. La dysphagie débute graduellement et les aliments les plus difficiles à déglutir sont les pommes crues, le maïs grillé et éclaté (*pop-corn*), l'eau froide et les eaux gazeuses. La régurgitation ne se produit que dans deux cas : le cardiospasme et le diverticule. Les complications sont l'étouffement et la broncho-pneumonie par déglutition.

Chez environ soixante-dix des malades le cardiospasme a été confondu avec l'angine de poitrine ou la calculose biliaire.

Le meilleur traitement consiste à dilater le cardia par des sondes œsophagiennes. Une ou deux dilatations apportent un soulagement permanent dans 75 p. cent des cas ; sinon, il faut répéter la dilatation.

La chirurgie n'a pas donné de résultats satisfaisants malgré diverses interventions : sympathectomie, plastique et œsophago-gastro-anastomose.

Pierre JOBIN.

Waltman WALTERS. **Vagotomie pour ulcère peptique.** *Proc. of the Mayo Clinic*, 22 : 281 (23 juil.) 1947.

L'auteur rapporte quarante cas qu'il a opérés lui-même avant le 31 décembre 1946, et quatre-vingts ont été opérés par d'autres chirurgiens de la Clinique, à la même époque.

Tous les malades opérés ont subi, avant et après l'opération, les tests de l'acidité gastrique, des examens radiologiques de l'estomac et du

duodénum. Après l'opération le test à l'insuline de Hollander permet de déterminer si toutes les branches du nerf vague ont été sectionnées.

Il conclut que la vagotomie est très utile dans le traitement de l'ulcère récurrent après résection de l'estomac. La vagotomie n'est pas indiquée comme traitement de l'ulcère gastrique chronique : la résection gastrique donne d'excellents résultats et le taux de mortalité est bon.

Presque tous les cas d'ulcères duodénaux que l'auteur a eu à opérer à la Clinique s'accompagnaient d'obstructions, d'hémorragies ou de perforations. Il a dû, dans presque tous les cas, combiner la vagotomie avec la gastro-entérostomie ou la résection gastrique. Dans ces cas, il est assez difficile de dire laquelle des trois interventions a amélioré le malade.

La gastro-entérostomie et la résection gastrique ont toujours donné de bons résultats quand elles étaient bien indiquées.

En discussion le docteur Ralph Colp, du *Mount Sinai Hospital*, de New-York, rapporte qu'il a opéré vingt patients souffrant d'ulcère duodénal par la vagotomie supradiaphragmatique. Huit d'entre eux furent libérés de tous les maux pendant six à huit semaines. Quatre se sont plaints de douleurs, de vomissements, de gonflements et de gaz. Ces quatre patients furent opérés de nouveau. On leur fit la résection gastrique pour ne pas les exposer, par la gastro-entérostomie, à développer un ulcère gastro-jéjunale, ce qui aurait motivé une troisième opération.

En conclusion le docteur Colp affirme que la vagotomie supradiaphragmatique constitue encore un facteur inconnu. Pour lui, la vagotomie supradiaphragmatique ne donne pas de résultats meilleurs que la gastrectomie subtotale. Celle-ci amène une anacidité et les patients qui n'ont pas d'acide chlorhydrique ne développent pas d'ulcère. La plupart des malades qui subissent la gastrectomie subtotale ne développent pas d'ulcère gastro-jéjunale. Cependant, neuf malades ainsi opérés ont développé des ulcères jéjunaux. La vagotomie bilatérale supradiaphragmatique a donné des résultats dramatiques : la douleur est disparue immédiatement et l'ulcère a guéri en dedans de six à dix jours.

La vagotomie supradiaphragmatique est donc indiquée dans les ulcères développés après gastrectomie subtotale. Elle peut être utilisée au cours des gastro-entérostomies pour prévenir le développement de l'ulcère gastro-jéjunale. Le traitement de choix de l'ulcère duodénal est encore la gastrectomie subtotale.

Sylvio LEBLOND.

**DE TAKATS et WALTER. Le traitement des douleurs pancréatiques par la section du nerf splanchnique.** *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, (décembre) 1947.

Dans un volume intitulé *Recherches médicales en France durant la guerre 1939-1945*, Mallet-Guy, de Lyon, a présenté un travail sur les pancréatites gauches pour lesquelles il préconise une pancréatectomie

gauche. Dans les cas où la pancréatite est très diffuse, il recommande la splanchnicectomie gauche et il présente dix-neuf cas de sections du nerf qui furent suivies d'une amélioration immédiate qui persista, excepté chez un patient qui, cinq mois après l'intervention, se plaignit de la réapparition des douleurs. Les auteurs américains ont pris connaissance de ce travail ainsi que de ceux de plusieurs auteurs français et d'autres nationalités.

De toutes les douleurs abdominales, celles qui sont d'origine pancréatique sont souvent des plus intolérables et ont un double caractère : a) viscérale et continue, la douleur peut être transmise par le ganglion coeliaque ; b) superficielle et aiguë, elle touche les fibres sensorielles des derniers nerfs intercostaux ou des premiers nerfs lombaires.

Des blocs paravertébraux des segments correspondant au pancréas, c'est-à-dire du sixième au dixième dorsal, aboliront la douleur viscérale. Quant à la douleur somatique superficielle, elle ne sera abolie que dans la région de la piqûre. Des douleurs aiguës venant du tractus gastroduodénal ou des canaux biliaires peuvent être aussi supprimées par un blocage ou par la section du splanchnique.

*Présentation de deux cas.* — Le premier est celui d'un cancer inopérable du corps du pancréas qui avait exigé, après une laparotomie, l'administration d'une grosse quantité de narcotiques. Des blocs sympathiques furent pratiqués avec succès du sixième au dixième dorsal. L'opération suivit : splanchnicectomie unilatérale droite à la hauteur du diaphragme (septième dorsal) et section de la chaîne sympathique du neuvième dorsal au douzième dorsal.

La douleur disparut pour trois semaines seulement, parce que la lésion était fort avancée, et la mort survint deux mois après.

Le deuxième cas est celui d'une jeune femme de vingt-deux ans admise à l'hôpital pour douleur extrême et constante à l'épigastre et s'irradiant au flanc gauche. Des symptômes de vomissements, de perte de poids, de diarrhée, de ballonnement, accompagnèrent cette douleur et la radiographie révéla, en arrière de l'estomac, une masse qui fut interprétée comme un kyste du pancréas. Une opération fut faite sans que rien de bien anormal ne fut rapporté. Quelques mois plus tard, elle fut opérée de nouveau pour d'autres crises aiguës de douleur : le pancréas était augmenté de volume (trois à quatre fois la normale). Les douleurs continuèrent après cette intervention, comme elles avaient persisté, après les autres opérations, et demandaient une continue administration de narcotiques. Un blocage du splanchnique fut fait qui, après dix minutes, abolit totalement la douleur pour plus de vingt-quatre heures. Une splanchnicectomie fut pratiquée ; les suites postopératoires furent normales, la douleur et la distension abdominales disparurent. La patiente engraisse de vingt-neuf livres et, six mois après l'opération, elle semble encore débarrassée de tous ses symptômes.

Les auteurs rapportent le cas d'une femme qui subit une splanchnicectomie double pour hypertension artérielle et qui fit une calculose aiguë du cholédoque, par la suite, sans la moindre douleur, alors qu'avant la section du nerf, la malade avait l'habitude de faire des petites crises douloureuses à l'hypocondre droit.

Amyot JOLICŒUR.

## REVUE DES LIVRES

---

**Le syndrome de Volkmann**, par Maurice CAHUZAC. 19.5 cm., 98 p. Masson & Cie, 1946.

Les praticiens et les chirurgiens seront intéressés par la lecture facile et courte de cette monographie objective qui éclaire un sujet difficile avec son complexe musculaire, nerveux et trophique. L'infiltration stellaire a donné des résultats qui, joints à la pénétrante analyse des multiples observations que l'on trouve dans la littérature médicale, ont permis aux auteurs de nous apporter des conclusions thérapeutiques fécondes. On y trouve, en particulier, des considérations pathogéniques et thérapeutiques qui en font une œuvre de base.

P. J.

**Anatomie des lymphatiques de l'homme**, par H. ROUVIÈRE. 489 p., 27.5 cm. Masson & Cie.

Le traité des lymphatiques de M. Rouvière est, sans contredit, l'ouvrage classique et universellement connu le plus réputé. Il est non seulement une mise au point des résultats publiés jusqu'à lui, mais aussi la synthèse de tous les travaux exécutés dans son propre laboratoire. Tous les organes sont explorés, toutes les régions sont étudiées pour chercher des territoires lymphatiques encore inconnus; l'auteur recherche non seulement la topographie des ganglions en rapport avec les organes mais aussi celle des vaisseaux lymphatiques, ce qui compte particulièrement dans le traitement du cancer.

P. J.

**Confrontations radio-anatomo-cliniques**, par M. CHIRAY. 53 p., 33 cm. G. Doin & Cie, 1946.

Les auteurs présentent un excellent atlas où l'on retrouve confrontées les images radiologiques et la lésion : varices œsophagiennes, périgastrite

et gastrite chronique, sténose médiogastrique, ulcère, cancer, lympho-blastose, syphilis, morphinomanie, tuberculose et cholécystite sont là autant de sujets où l'on confronte les images radiographiques, les pièces anatomiques et l'observation clinique.

P. J.

**Les aspects pathologiques du fond de l'œil dans les affections de la rétine**, (Atlas ophtalmoscopique) I, par Gabriel RENARD. 170 p., 25.5 cm. *Masson & Cie*, 1946.

Il s'agit ici d'un atlas que complète l'étude pathologique du fond de l'œil dans les affections de la rétine : contusions, hémorragies, plis, stries, gliomes, sclérose, angiomatose, dégénérescence cérébro-rétinienne ou pigmentaire, rétinites, artérites, phlébites et thromboses, ce sont là autant de chapitres auxquels correspondent des planches en couleurs admirablement reproduites.

P. J.

**Clinique et traitement des affections cardiaques et vasculaires**, par D. SCHERF. 361 p., 22.5 cm. *Masson & Cie*, 1945.

Cette édition française du traité de cardiologie de D. Scherf est enrichie de chapitres nouveaux ou de rénovations de grandes questions comme les vices cardiaques congénitaux, les anévrysmes artériels, les endocardites, les myocardites, l'angine de poitrine, l'hypertension, les artérites et les aortites. Il s'agit d'un ouvrage qui traite principalement de l'aspect clinique et thérapeutique des affections du cœur et des vaisseaux.

P. J.

**Hépatites rares**, par Maurice LEPÈRE. 214 p., 25 cm. *Masson & Cie*, 1946.

Ce livre traite généralement des hépatites en commençant par deux études biologiques sur la fonction soufrée du foie et sur l'oxalurie, puis il considère quelques cas peu connus d'un mécanisme imprécis et d'une pathologie obscure. Il traite de certains ictères, de la cirrhose et de la lipopexie des tuberculeux, de l'anémie des hépatiques, du syndrome ictéro-œdémateux ; il va de l'hépatite du benzole à la distomatose et aux abcès du foie, toutes maladies peu fréquentes. L'auteur s'est efforcé de confronter le symptôme, le trouble chimique et la lésion.

P. J.

**Clinical Anesthesia.** A Manual of clinical anesthesiology, par John S. LUNDY. 771 pp., 266 ill., 24 cm. Saunders [1942] Philadelphie et Londres.

D'après son expérience à la Clinique Mayo, Lundy nous présente un livre qui traite des divers aspects de l'anesthésie et qu'il dédie spécialement aux jeunes médecins qui se préparent à se spécialiser ; les nombreuses illustrations et les quelque 1,200 observations montrent le soin que l'auteur a pris de faire de cet ouvrage un livre de chevet pour les anesthésistes.

P. J.

**Colloid Science.** 208 pp., ill., 22 cm. Chemical Publishing Inc., Brooklyn, N. Y.

L'Université Cambridge, Angleterre, vient de publier, sous les auspices de l'Institut royal de chimie, le texte des différentes causeries qui constituent ce symposium qui est à lui seul un cours complet sur les colloïdes. On y traite des différents aspects de tension de surface, de l'absorption, des émulsions, des mousses, des électrolytes, de la thermorégulation, de la viscosité, puis des différents moyens d'étudier la molécule colloïde par les rayons X, et le spectre à l'infrarouge, etc.

P. J.

**Manuel de diététique** par la Révérende Sœur BARCELO, R.N., Hôtel-Dieu de Montréal, 382 pp., 19½ cm. Montréal [1947].

On trouve dans ce manuel, en un exposé très simple et concis, les grands principes de l'alimentation et de la nutrition au cours des âges et selon les besoins de l'organisme. L'auteur y étudie la valeur calorique des aliments et nous en donne la classification. Le chapitre des vitamines y est particulièrement développé. Suivent toute une série de chapitres consacrés à la préparation des menus suivant les maladies, suivant les différents âges de la vie, tout en tenant compte des équivalences et de la valeur nutritive des aliments.

P. J.

**Color Atlas of Dermatology**, par Roy R. KRACKE. 204 pp., avec 32 planches en couleurs, 23½ cm. J. B. Lippincott Co., Montréal [1947].

Ce livre a l'avantage de pouvoir servir aussi bien l'étudiant en médecine, le technicien de laboratoire que le médecin de famille, car on



y trouve abondamment illustrées les descriptions cliniques et hémato-logiques des maladies du sang. On y rencontre un lexique terminolo-gique, des techniques et un tableau synoptique des formules sanguines au cours des différentes maladies.

P. J.

**Essai de physiopathologie thyro-hypophysaire**, par Jacques MA-HAUX. Préface du professeur E. J. BIGWOOD, 268 pp., 29 fig., 24½ cm., *Masson et Cie*, Paris, 1947.

Ce livre, s'il peut heurter ce que la force de la tradition a fixé dans les esprits, est l'aboutissement de longues recherches, cliniques et expérimentales, poursuivies pendant plus de dix ans.

#### DIVISION DE L'OUVRAGE

Introduction : historique et notions acquises. — Études expérimentales. — Études cliniques : Maladie de Simmonds. Les signes pituito-diencéphaliques de l'insuffisance thyroïdienne. De l'hyperthyroïdie chronique. Les crises hypothyroïdiques aiguës des hyperthyroïdiens. Les crises aiguës médicales des basedowiens. Les crises aiguës chirurgicales. Le traitement des hyperthyroïdies par les sulfo-dérivés organiques. L'exophtalmie. Les mécanismes thyroéorégulateurs. Patho-génie des hyperthyroïdies chroniques.

P. J.

**Les tumeurs et les polypes du cœur.** (Étude anatomo-clinique), par Ivan MAHAİM. Préface du professeur J.-L. Nicod. Un vo-lume de 570 pages avec 67 figures, édité chez *Masson & Cie*, Paris, France.

Parce que, fréquemment, elles sont fatales, parce qu'elles sont jugées *a priori* hors des atteintes de la thérapeutique, le clinicien, trop souvent, range les tumeurs du cœur parmi ces curiosités de la pathologie qu'il laisse aux musées, aux collectionneurs, aux morphologistes. Parce que leurs structures sont assez habituellement difficiles à déchiffrer, modifiées qu'elles sont par des accidents évolutifs divers, l'anatomiste et l'histo-logiste ne se donnent pas toujours la peine de les étudier avec tout le soin qu'elles méritent.

Depuis vingt ans l'auteur étudie conjointement la clinique des cardiopathies et les lésions anatomiques et histologiques qui les occasion-nent ou qui en dépendent. Ses nombreux travaux sur le tissu spécifique du cœur, les divers troubles du rythme cardiaque, ont fourni la preuve que des recherches minutieuses et patientes étaient susceptibles d'ap-

porter la démonstration de désordre organiques primaires, permettant ainsi de réduire de plus en plus les limites des troubles purement fonctionnels.

La confrontation des signes cliniques, de l'évolution des cas et des résultats des analyses anatomiques et histologiques amène l'auteur à préciser les éléments essentiels du diagnostic et des possibilités de traitement.

**La transmission chimique de l'influx nerveux**, par Bruno MINZ, maître de recherches du Centre national de la Recherche scientifique, Laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne. Préface du professeur Georges Schæffer, professeur de physiologie à la Sorbonne, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8° raisin, illustré de 112 figures. Prix : 1,000 fr. *Éditions médicales Flammarion*, 22, rue de Vaugirard, Paris (6<sup>e</sup>).

Ce fut une des acquisitions les plus passionnantes de la biologie contemporaine que la découverte d'un chaînon humoral dans la transmission de l'influx nerveux. Tous les domaines de la physiologie s'en trouvèrent profondément bouleversés. L'auteur, qui a grandement contribué par ses propres recherches au développement de la théorie neuro-humorale et qui apporte dans ce livre même une série de résultats encore inédits, était plus qualifié que quiconque pour faire, en France, le point sur cette question.

Cet ouvrage ne sera seulement nécessaire à l'homme de laboratoire. Il intéressera aussi le médecin, désireux de suivre les progrès de la physiologie contemporaine : nul doute, en effet que des conséquences considérables ne doivent résulter, pour la pathologie elle-même, du développement de la théorie neuro-humorale.

**Le problème biologique du cancer**, par Jacques DELARUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur G. Roussy. Un volume de 200 pages, avec 31 figures, édité chez *Masson & Cie*, Paris, France.

L'auteur résume dans cet ouvrage, en clinicien et en anatomo-pathologiste, les principales données du difficile problème biologique constitué par le cancer : conditions étiologiques, enseignements du cancer expérimental, aspects morphologiques du processus cancéreux, caractères cliniques et évolutifs, état actuel de la thérapeutique.

Bien que réduits à un exposé succinct, les premiers chapitres du livre de J. Delarue annoncent, avec les remarques qu'ils contiennent, une conception personnelle de la pathogénie du cancer. C'est la partie

originale de l'ouvrage ; elle concerne l'histogenèse des tumeurs malignes. L'auteur se livre à la critique du « concept cellulaire », invoquant des arguments d'ordre histologique, physiopathologique, clinique et thérapeutique. Pour lui, la prolifération cellulaire ne serait qu'un phénomène réactionnel second. Le *primum movens* du cancer répondrait à une incitation omnitissulaire, de nature encore inconnue, mais dont on peut discerner quelques caractères. Les métastases ne seraient pas l'effet d'une migration cellulaire, mais résulteraient du transport à distance par « répercussion » de l'incitation. Il en serait de même des récidives.

Idee et conception qui ne viennent en rien s'opposer à celles des auteurs qui ont mis en valeur les modalités réactionnelles des tissus péritumoraux, depuis la stroma-réaction jusqu'à celles du milieu intérieur, les unes et les autres étant régies par l'action régulatrice des systèmes neuro-végétatif et endocrinien. Ce ne sont là, d'ailleurs, qu'hypothèses qui attendent, comme toutes les autres théories pathogéniques leur démonstration scientifique.

D'autre part, le problème biologique du cancer ne peut être envisagé que dans son ensemble ; c'est un tout dont les parties sont inséparables. Méconnaître l'une seulement de celle-ci est se priver d'un indispensable contrôle, et risquer davantage l'erreur dans l'interprétation des autres. Aussi les données étiologiques, expérimentales, anatomo- et physiopathologiques, cliniques, thérapeutiques ont-elles été dans la suite, successivement envisagées.

**Maladies et syndromes rares ou peu connus.** (Description clinique. Répertoire des signes et liste des noms propres), par A. AIMES, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface du professeur E. Jeanbrau. Un volume de 208 pages, avec 26 figures, édité chez Masson & Cie, Paris, France.

S'il est parfois difficile de faire le diagnostic d'une maladie bien connue, lorsque son tableau clinique est incomplet ou lorsque ses symptômes sont frustes, il est encore plus difficile de reconnaître les maladies ou syndromes rares. Les traités classiques n'en font pas mention ou ne leur accordent que quelques lignes. On ne peut les connaître que par la lecture des ouvrages ou publications spécialisés, des thèses, des communications aux Sociétés savantes, travaux que le praticien n'a pas toujours à sa disposition. L'enseignant, le consultant doivent se tenir au courant de toutes les nouveautés, mais ils ne peuvent tout lire.

Le professeur Aimes a voulu faciliter la tâche des chercheurs en donnant une brève description clinique des maladies et syndromes peu connus ; un répertoire groupant les principaux symptômes permet de trouver aisément le nom de l'affection ; l'ouvrage comporte, en outre, la longue liste des maladies et syndromes à noms propres, noms propres dont l'abus rend si difficile la lecture des articles médicaux.

Cet ouvrage est donc indispensable à tous les médecins. Outil de perfectionnement, il est aussi et surtout essentiellement pratique, car

bien des maladies considérées comme rares sont, en réalité, méconnues, et le livre du professeur Aimes permettra, dans les cas embarrassants, d'arriver à un diagnostic exact, sans longues recherches, en partant d'un ou de plusieurs symptômes évidents ; il facilitera, en outre, l'étude de ces affections, en attirant l'attention sur elles et sur leurs variétés cliniques, et en aidant à grouper des syndromes isolés en maladies nouvelles bien caractérisées.

Le répertoire qui termine l'ouvrage et qui représente le travail de trente-cinq années de recherches et de vérifications bibliographiques, constitue un véritable lexique de pathologie.

**La réticulose histiomonocytaire**, par P. CAZAL, chef de Clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume de 196 pages, avec 32 figures, édité chez Masson & Cie, Paris, France.

Nouvelle affection, sortie du groupe des pseudo-leucémies, la réticulose histiomonocytaire, affection maligne systématisée au stroma réticulaire des organes hématopoïétiques, est assez voisine de la maladie de Hodgkin.

Ce n'est pas une maladie rare ; elle est même relativement fréquente si l'on sait la dépister, et sa fréquence semble s'être accrue au cours des années 1941-1944. Son aspect clinique est très polymorphe : il déborde largement le cadre de l'hématologie, car de nombreuses manifestations sont de l'ordre de la médecine générale, de la dermatologie, de la neurologie, de la chirurgie générale même.

Mais c'est du point de vue de la pathologie générale que cette maladie offre le plus d'intérêt. Elle est en effet le type même des « métaplasies » ; elle se rapproche par bien des points des néoplasmes. Il est probable que la confrontation mutuelle de ces deux groupes, l'étude de leurs rapports, seront extrêmement fructueux pour la connaissance de l'un et de l'autre.

Cette monographie est le premier travail d'ensemble consacré à la question.

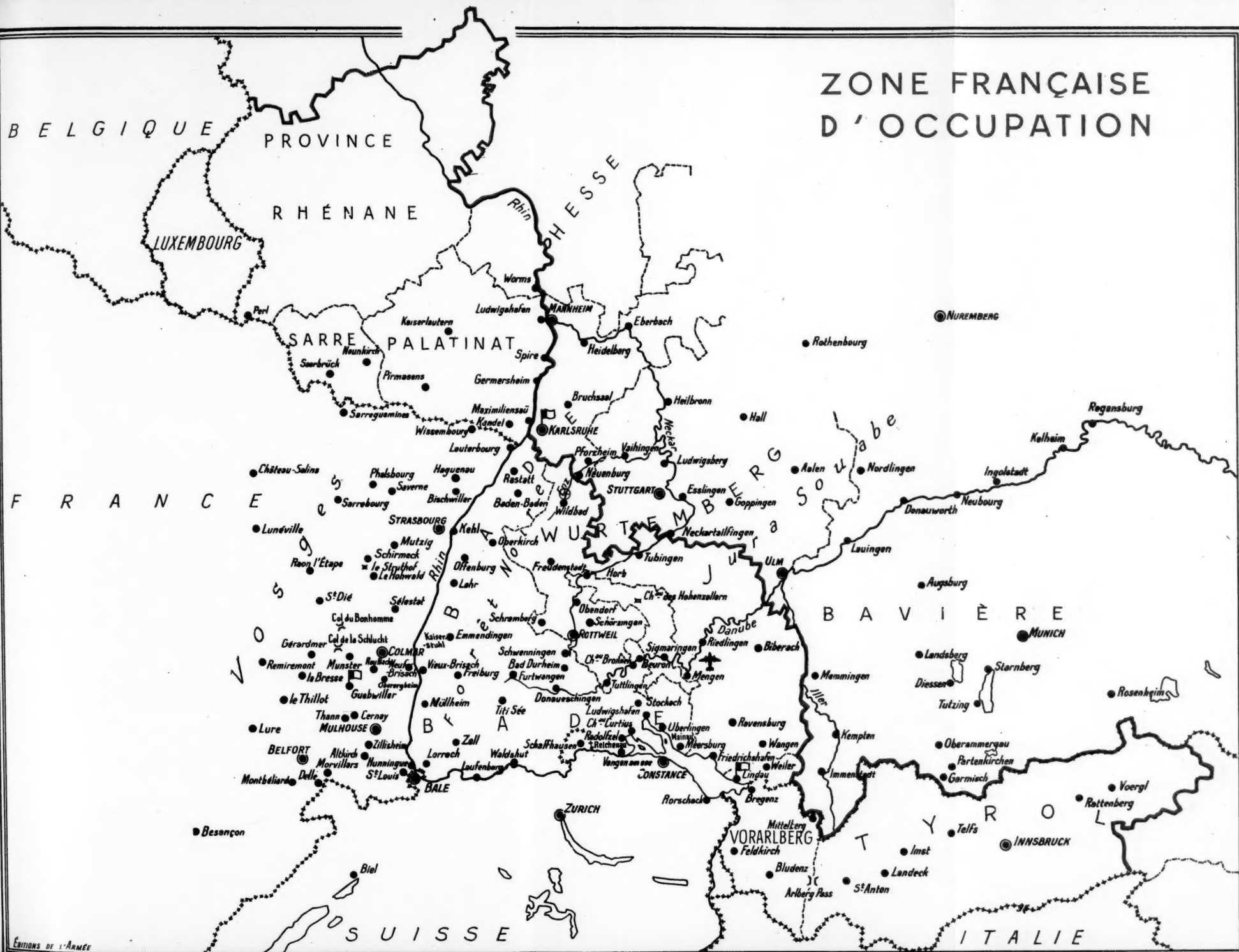
---







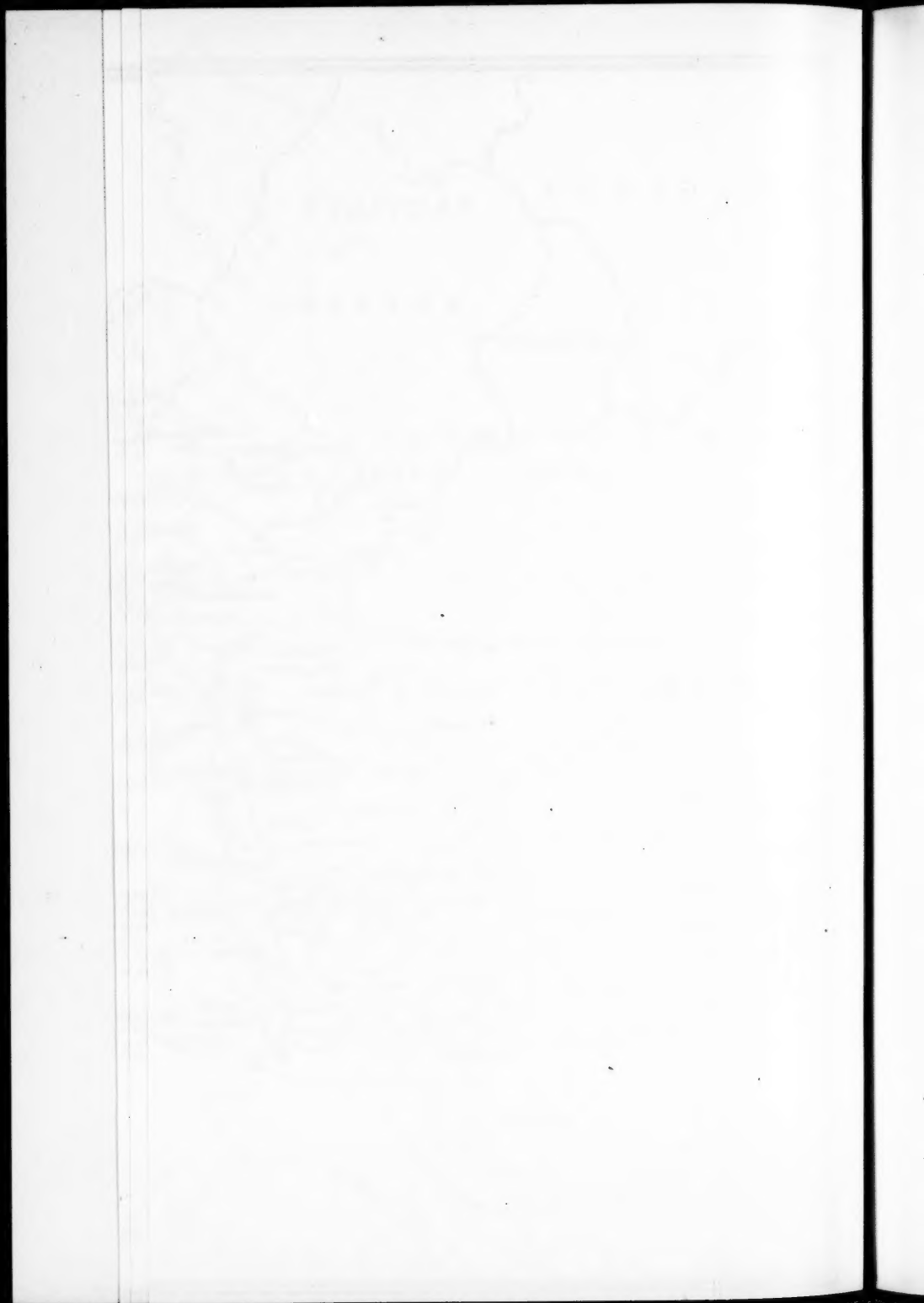
# ZONE FRANÇAISE D'OCCUPATION











CONFÉRENCE

faite au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine

le 21 janvier 1947

SOUS LA PRÉSIDENTENCE DU GÉNÉRAL DE LATTRE DE TASSIGNY

par le

Dr Jean BRAINE

*Médecin lieutenant-colonel de Réserve,  
Ancien chirurgien de la 1<sup>re</sup> armée française,  
Directeur de l'Amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux de Paris,  
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,  
Membre de l'Académie de chirurgie.*

---

SOUVENIRS DE LA PREMIÈRE ARMÉE (1)

---

XII — PÉNÉTRATION EN WURTEMBERG, EN BAVIÈRE  
ET EN AUTRICHE

*La Direction s'installe à Rottweil :*

La 1<sup>re</sup> armée poursuit sa *victoire foudroyante*. Le Danube est maintenant atteint et bientôt dépassé. Ulm tombe. Le Jura souabe est pris à revers ; les derniers restes de la XIX<sup>e</sup> armée allemande sont à leur tour anéantis.

Le 18 mai, la Direction du Service de santé de l'armée, qui se trouve trop éloignée maintenant, du fait de l'avance des troupes, quitte Strasbourg. Elle gagne Rottweil, en Wurtemberg et installe ses bureaux dans les bâtiments du *Finanzamt* du lieu ; les locaux, neufs et spacieux, sont très propices. Les Allemands paraissent avoir réalisé maintenant le désastre de leur pays et du système nazi ; ils ne savent quoi faire pour tenter de donner aux Français une impression favorable sur leur compte : guirlandes de feuillage, drapeaux tricolores, sont installés par eux sur les balcons et en travers des rues. Une visite du général de

---

(1) Première et deuxième parties parues dans *Laval Médical*, vol. 13, nos 2 et 3, pp. 262 et 397, (fév. et mars) 1948.

Lattre à Rottweil est escompté par les habitants ; elle n'a pas lieu ; les allemands, qui avaient décoré toute la ville en son honneur et cloué toute la nuit, manifestent leur évidente déception.

Le médecin-général Melnotte, de Nancy, que nous avons aperçu pour la première fois à Strasbourg, devient notre chef. Il succède au général Guirriec, comme directeur du Service de santé de la 1<sup>re</sup> armée. Je ne pense pas qu'un homme puisse ressembler aussi peu à un autre que le général Melnotte au général Guirriec. Ils furent tous deux les directeurs très aimés du Service de santé de la 1<sup>re</sup> armée. Le général Melnotte est un métropolitain et non un colonial. Professeur à la Faculté de Nancy, c'est un médecin, un hygiéniste qui a, pourrait-on dire, un pied dans le civil. Humaniste et fin lettré, son exquise sensibilité, sans laquelle il ne pourrait être le remarquable pianiste que chacun sait, s'offusquerait à coup sûr, si je faisais de lui un long portrait. Ce portrait ne pourrait être que flatteur : or je sais mal flatter et lui n'aime certainement pas la flatterie. Je serai donc très bref à son sujet, je m'en voudrais de blesser sa charmante modestie et de mettre à l'épreuve l'amitié qu'il n'a cessé de me témoigner. Lorrain de résidence et d'adoption (je le suis un peu moi-même, depuis Pont-à-Mousson) sa devise pourrait être : dévouement total à la chose publique, désintéressement, altruisme, bonté discrète. Il a fait de sa carrière militaire une manière d'apostolat. Par un hasard curieux, il était, lui aussi, comme le général Guirriec, à l'armée d'Orient, à l'autre guerre, quand j'y fus moi-même. Nous étions donc déjà camarades avant qu'il ne devint mon chef : quand il le fut devenu, il voulut bien rester pour moi un camarade. Je le remercie ici à nouveau des attentions délicates qu'il eut toujours à mon égard, en particulier de sa charmante invitation de l'an dernier, quand il me convia à revenir à Wilbad pour fêter le nouvel an à l'armée d'occupation et commencer 1946 là-bas avec lui, avec mes anciens camarades de Belfort, de Strasbourg et de Rottweil, que je retrouvai encore assez nombreux, à cette époque, à la Direction.

Quand nous arrivâmes à Rottweil, les hostilités étaient pratiquement terminées, mais il restait des blessés à traiter, des formations à installer et à visiter, les victimes des camps de concentration et de représailles à secourir.

Je recommençai à parcourir les routes, mais cette fois c'est entre Stuttgart, Tubingen, Ravensbourg et Feldkirch, dans le secteur autrichien, que se situaient mes itinéraires.

Notre hôpital de campagne 421, avec mon équipe de Neuilly, a été installé dans la belle clinique universitaire de Tubingen, dont le directeur et chirurgien en chef fut longtemps, on le sait le professeur Kirchner. Il était impossible, pour notre formation, de disposer de locaux plus favorables. Il y fut fait d'excellente chirurgie. Je m'y rendais fréquemment, en prenant cette route qui passe en vue du *burg* des Hohenzollern qui paraît, planté sur une haute colline, un château d'opérette, en carton-pâte. Je ne pouvais supposer qu'un jour je serais chez moi dans la clinique de Kirchner, à Tubingen, transformée en hôpital militaire français et que j'y opérerais plus d'une fois !

Je gagnai, à plusieurs reprises, le secteur français en Autriche, lequel s'étendait de Bregenz sur le lac de Constance, jusqu'au delà

d'Innsbruck et qui était tenu par cette magnifique 4<sup>e</sup> D.M.M. du général de Hesdin et du médecin-colonel Chavialle. Fèvre, avec sa F.C.M. 5 « éclatée » en plusieurs fragments dont le principal était à Feldkirch, capitale de la Vorarlberg, où se tenait en dernier lieu Arviset et le plus éloigné à Wörgl en assurait le Service chirurgical, jusqu'à l'installation, ultérieure, d'un grand hôpital (le 405) à Innsbruck. Je passai plusieurs fois à Feldkirch où, dans le tribunal civil, neuf et pourvu de belles pièces, se tenait la partie principale de cette belle formation de la Croix-Rouge, dont la comtesse de Montferrand assurait si parfaitement la direction. Je ne puis, faute de temps, insister comme je le voudrais sur ce secteur de la 4<sup>e</sup> D.M.M. sur l'exquise hospitalité du général de Hesdin, qui la commandait avec un prestige inégalable. Le grand soldat qu'est le médecin-colonel Chavialle qui en était le médecin en chef, vous a fait ici-même, sur cette magnifique division marocaine, une très belle conférence qui me console, fort opportunément, de ne pas vous en dire davantage.

Le beau lac de Constance, Lindau, le Q.G. du général de Lattre, l'ambiance, la somptuosité de son accueil et des réceptions qu'il donnait dans sa villa, au bord du lac, dans un cadre magnifique, tout cela donnait à l'occupation française un caractère de grandeur, un éclat incomparable. Notre général en chef excellait à faire l'occupation qui convenait.

J'eus l'honneur d'être convié à sa table à l'occasion des adieux de la mission militaire suisse, qui venait de passer quelque temps à la 1<sup>re</sup> armée. Le collègue suisse que j'avais « piloté » sortit, comme moi, émerveillé de l'accueil du général et de sa réception.

#### XIV — LES DÉPORTÉS ET LES VICTIMES DES CAMPS NAZIS

Il me reste à dire quelques mots d'un des sujets les plus douloureux, celui des malheureux déportés, de ces victimes innombrables d'une barbarie inqualifiable. Nous en vîmes qui étaient encore dans les camps mêmes où ils furent torturés et affamés. Ravina, lui, alla même jusqu'à Dachau. Toute description reste au-dessous de la vérité. C'est d'une horreur inqualifiable, c'est une effroyable honte, dont l'Allemagne parviendra difficilement à se laver.

Mais il faut dire avec quels soins attentifs, quelle sollicitude infinie ces malheureux furent recueillis et installés dans ces belles îles du lac de Constance, Mainau et Reichenau. Ils y furent placés dans une quarantaine idéale et soignés, alimentés, habillés, remontés moralement et physiquement à la perfection. J'assistai à Mainau, avec le médecin-général Melnotte, à une visite du général de Lattre qui se penchait, avec les gestes d'humanité les plus touchants, sur cette misère humaine... et sur tant d'injustice ! On ne saurait trop savoir gré au médecin-colonel David, à mon excellent collègue Lamy, au ménage Lamotte-Barillon... et j'en oublie, de la besogne admirable qu'ils firent là. J'ai retrouvé moi-même parmi ces rescapés, un vieux confrère et ami d'autrefois, le docteur Cailloué, maire de la ville martyre de Falaise (Calvados) déporté uniquement parce que maire de sa localité et qui s'en est tiré miraculeusement, à 75 ans. Notre rencontre fut émouvante !

**Charniers.** — Quand nous étions à Rottweil, plusieurs charniers furent découverts dans la région, par nos troupes. Nous avons consacré, Ravina et moi, un article, publié dans la *Presse médicale* (n° 17, 13 avril 1946), à celui qui fut découvert à Schorzingen par notre 6<sup>e</sup> R. I. C. ; nous y avons rapporté quelques traits singuliers de la mentalité allemande, relevés à cette occasion.

#### XV — FIN DE LA 1<sup>RE</sup> ARMÉE

Le général de Lattre fit ses adieux à la 1<sup>re</sup> armée dans un *ordre du jour émouvant*, signé de son P. C. de Lindau, le 27 juillet 1945.

Le 4 août la direction du Service de santé quittait Rottweil pour Wilbad dans la Forêt noire, afin d'avoir un emplacement plus central par rapport à la zone d'occupation, en forme de sablier, réservée à l'armée française et dont le tableau ci-contre, précise les limites définitives. Le Bad-Hôtel abrite toute l'équipe groupée autour du médecin-général Melnotte ; mais les départs se succédèrent. C'était déjà le commencement de la fin. La 1<sup>re</sup> armée se délitait progressivement ; le titre officiel lui-même changeait ; l'entête des T. O. A. apparut, ce n'était déjà plus la 1<sup>re</sup> armée, que nous avions connue dans la splendeur de la victoire.

Deux fois j'étais venu en mission à Paris, très rapidement en mai et en juillet, pour prendre part aux « Conférences chirurgicales interralliées », qui tinrent leurs assises au Val-de-Grâce. A la deuxième, je présentai un rapport sur le *Traitement immédiat des plaies pleuro-pulmonaires à l'avant*. Le sujet fut traité simultanément par un rapporteur anglais et un américain. Nous rédigeâmes ensuite, ensemble, des conclusions communes.

#### TROIS HISTOIRES DE FEMMES

Que nos femmes, restées fidèlement au logis en notre absence, se rassurent. Il ne s'agit pas d'histoires d'A. F. A. T. Ces dernières, d'ailleurs, ont payé un lourd tribut surtout les très courageuses petites conductrices de « sanitaires » en Italie.

##### 1° Mina Armbruster (histoire alsacienne) :

J'eus, quand j'étais enfant, entre 6 et 8 ans, avant la célèbre exposition de 1900, une charmante petite Alsacienne de Bischwiller, comme gouvernante ; elle avait douze ans de plus que moi ; elle m'apprit à parler et à écrire l'allemand couramment. Puis elle retourna « au pays » pour s'occuper des enfants d'une sœur aînée morte très jeune ; c'est la raison pour laquelle elle ne se maria jamais et ne revint pas nous voir. Je crois me souvenir qu'elle était jolie ; elle était la gaieté et le dévouement mêmes ; elle consacra entièrement sa vie à élever ses neveux. Durant les premières années après qu'elle m'eut quitté, je lui écrivis en allemand, en caractères gothiques, comme c'était l'usage jusqu'à Hitler, des lettres de fête et de nouvel an. Les années passèrent, je



n'eus plus de ses nouvelles... depuis bientôt 50 ans. Mais je ne l'avais pas oubliée ; je me rappelais son nom et celui de son village d'Alsace.

Quand la direction du Service de santé fut installée à Strasbourg, j'allai plusieurs fois voir des blessés à l'H. E. M. 401 (dont le médecin-chef était le colonel Leitner) monté de Belfort à Bischwiller. Un soir, en sortant de l'hôpital, je pensai à rechercher la trace de Mina Armbruster. Je m'informai du bourgmestre, afin de tenter, sans grand espoir, de me procurer de ses nouvelles. Le bourgmestre était absent ; je rencontrai un agent de police qui venait de reprendre... depuis l'arrivée de nos troupes, son ancien képi français : « Connaissez-vous Mina Armbruster ? » — « Oui, me dit-il, c'est la maison ici, en face, elle doit être chez elle ». Surpris et ému, je frappai à sa porte : une vieille femme vint m'ouvrir, qui paraissait bien son âge, près de 70 ans ; c'était elle ; l'envolée des années ne permettait pas qu'il en fut autrement. Sa vue attristée un peu, hélas, la joie que j'avais de retrouver la fille de 20 ans que j'avais connue autrefois. Des souvenirs communs évoqués, des noms de famille : en quelques secondes nous étions sûrs que c'était bien nous ; il reste d'ailleurs, toujours, quelque chose d'inchangé dans le regard. Elle me serra fort dans ses bras, d'autant plus fort que c'était un officier français et qu'il y avait si longtemps que nous ne nous étions vus. Elle vient de m'envoyer au 1<sup>er</sup> janvier dernier, en excellent français, une charmante lettre, en réponse à mes vœux de bonne année : elle a eu la délicate pensée d'y joindre une petite lettre de moi écrite à l'âge de 11 ans, en allemand, en caractères gothiques et qu'elle avait toujours conservée, depuis 1901.

« On changerait plutôt le cœur de place que de changer la vieille Alsace » !

## 2° *Frau Wohlgemuth* (histoire badoise) :

Quand une Allemande a été, dans une prison germanique, la compagne de cellule d'une Française résistante et qu'elle a rendu à cette dernière quelques services, il convient de lui en garder une juste reconnaissance. Frau Wohlgemuth, la femme du forgeron de Wangen-am-See, a gardé toute la sympathie de Madame Pagniez, femme de notre Maître M. Ph. Pagniez, membre de l'Académie de médecine, laquelle a été une des plus pures héroïnes de la Résistance. Sans son courage splendide et sans son évasion de Ravensbruck, Mme Pagniez serait certainement morte dans cet horrible bagne, comme la plupart de ses compagnes. A la prison de Constance où elle fut enfermée, après que les Allemands l'eurent reprise, elle eut à se louer de Frau Wohlgemuth, arrêtée, elle, pour avoir écouté avec trop d'obstination les radios anglaise ou suisse, chez elle, à quelques kilomètres de la frontière de l'Helvétie.

Ravina et moi avions tenté de retrouver Mme Pagniez dès notre entrée en pays de Bade : nos tentatives ne furent pas heureuses. Elle regagna Paris elle-même, par ses propres moyens et me pria, quand nos troupes seraient en vue du lac de Constance, d'aller remercier de sa part l'Allemande en question. Je leur servis à toutes deux de boîte aux lettres.

C'est donc à une « bonne Allemande » que je rendis visite deux fois, la seconde avec Ravina, dans ce beau village de Wangen-am-See situé sur la corne du lac qui répond à la sortie du Rhin : on pourrait aussi bien dire Wangen-am-Rhein. J'eus donc la bonne fortune d'avoir là devant moi l'exemplaire type de l'Allemande « sympathique », souriante et joufflue, bonne mère de famille, propre, aspect bon enfant, aimable et laborieuse. Elle fut pleinement rassurée quand elle connut l'objet de notre visite (elle avait d'abord cru que nous venions pour l'arrêter). Un petit détail toutefois me laissa perplexe : sur son piano voisinait avec une petite reproduction en métal des chevaux de Marly, une statuette d'un soldat allemand en position du tireur debout. Elle n'avait pas cru nécessaire de la retirer. J'accorderais volontiers toute ma confiance à Frau Wohlgemuth, qui a une bonne figure, mais tout de même ce petit soldat argenté m'a chagriné, car je crois bien qu'il s'exerçait à tirer... sur des Français. Il faut, à mon sens, se méfier un peu des Allemandes, même des plus sympathiques... en apparence.

Les Allemands possèdent de grandes qualités... et d'énormes défauts ; c'est ce qui les rend si dangereux !

### 3° La Führerin Schultzkling (histoire souabe) :

Dans les belles forges encaissées du haut Danube, entre Tuttlingen et Sigmaringen, un pont de bois, couvert, traverse le fleuve Beuron et permet d'accéder à une sorte de *burg* très isolé, sans grande apparence extérieure, mais juché sur un piton, en nid d'aigle.

Le site est boisé, très romantique, très germanique et très wagnérien. C'était la demeure de Frau Schultzkling, *haupt-führerin* des femmes nazies.

Son repaire tomba sous l'autorité de mon ami le « colonel » Galiacy, médecin-général de la Marine, qui fut, un moment, commandant d'armes de *Kreis* de Tuttlingen. Il nous y convia, Ravina, quelques autres officiers et moi, à une soirée inoubliable.

Intérieurement, le cadre était très moderne, très confortable, électrifié, quelque peu hallucinant ; il contrastait avec l'aspect extérieur, assez banal, des bâtiments. Il avait dû se passer bien des scènes étranges dans ce *Schloss Bronnen* qui ne comptait guère, sans doute, abriter un soir cette réunion d'officier de l'armée et de la marine française. On pensait là à Pierre Benoît et à son *Königsmark*.

Malheureusement, la dame était absente : ce devait être une femme de grande classe et même de premier plan... du point de vue nazi, comme du point de vue « pelvien », car elle était officiellement chargée de donner l'exemple de la repopulation raciste la plus orthodoxe : 3 maris... au moins, 12 enfants... catalogués et avait pour mission la fabrication en série de jeunes et beaux *panzer-grenadiers*, à l'usage desquels une pouponnière aux multiples berceaux, de toute taille, avait été aménagé dans un bâtiment annexe. Une sorte de crèmerie modèle, avec tuyauterie galactophorique et monte-charges électriques, très ingénieux, permettaient à Madame Schultzkling, tout en mettant au monde de magnifiques enfants sélectionnés, qu'elle ne nourrissait pas de son lait, de garder tous ses charmes, pour le suivant de ses maris officiels.

On s'attendait, au dessert, à une apparition de Wotan, flanqué d'un chœur de Walkyries ! Quelques bons interprètes wagnériens de Bayreuth eussent complété heureusement aussi cette soirée unique. Un clair de lune magnifique argentait au pied des remparts une boucle du Danube, encore très étroit en ces lieux voisins de sa source.

Avant de quitter le seuil de la mystérieuse demeure de cette généticienne hors série, je pensais aux sombres histoires d'amour-dirigé qui avaient dû s'y passer et aussi aux hommes (... j'allais dire aux étalons), sans doute de hauts dignitaires connus du « parti », qui avaient dû passer par là. Je pensais aussi ... à notre doyen Léon Binet ... physiologiste et à sa classique étude sur les mœurs singulières de la mante religieuse ... Instinctivement, je jetai un coup d'œil au-dessus du parapet, cherchant si on pouvait apercevoir encore, dans le fond du ravin ... des têtes coupées !

La Werwolff aurait eu beau jeu, si, du moins en Allemagne, le maquis avait été ce qu'il fut en France ... et qu'il ne fut pas, pour nous abattre tous, l'un après l'autre, à la sortie du *Schloss Bronnen*, dans l'étroit sentier qui serpentait à travers des bois épais, immenses, impénétrables et qui seul nous permettait de redescendre en bas, à nos voitures !

#### QUELQUES STATISTIQUES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA 1<sup>RE</sup> ARMÉE (MÉDITERRANÉE — RHIN — DANUBE)

##### *Pertes du Service de santé :*

36 médecins tués au combat.

75 médecins blessés.

(Le 3<sup>e</sup> bataillon médical — 3<sup>e</sup> D.I.A. — général Guillaume) a, en gros, 40 tués et 90 blessés, dans son personnel, depuis le débarquement à Saint-Tropez, le 15 août 1944.)

##### *Activité du Service de santé :*

(Effectif moyen 250,000 hommes, 50,000 au jour J du débarquement en août 1944, 325,000 au jour V de la victoire, 7 mai 1945.)

##### *Entrées directes dans les hôpitaux :*

95,831 entrées, soit 5.3% de l'effectif moyen, en moyenne 362 par jour.

##### *Soit :*

45,961 blessés — 2.9% de l'effectif moyen, en moyenne 174 par jour.

32,082 malades — 1.6% de l'effectif moyen, en moyenne 121 par jour.

8,033 accidentés — 0.3% de l'effectif moyen, en moyenne 30 par jour.

9,735 froidures (du 9 octobre au 18 mars) en moyenne 72 par jour.

##### *Sorties :*

29,517 sorties par guérison — 30.8% des entrants.

1,227 sorties par décès — 1.2% des entrants (sur 95.831).

Le reste fut évacué sur le territoire.

*Maximum des blessés. — Dates :*

22 août 1944	Toulon, après le débarquement.....	453 blessés
17 nov. 1944	Montbéliard, début de l'offensive de rupture.....	548 »
27 nov. 1944	Belfort — Mulhouse.....	{ 509 »
28 nov. 1944		
21 janv. 1945	Offensive de Colmar.....	723 »
24 janv. 1945	Cernay.....	587 »
6 avril 1945	Karlsruhe.....	415 »
8 avril 1945	Karlsruhe.....	405 »

*A titre d'indications :**Groupe des compagnies sanitaires d'armée :*

Distance parcourue : 5,218,019 Km. — de la terre à la lune !

*Ravitaillement sanitaire :*

Médicaments et matériel — 1,685 tonnes, soit plus de 6,000 Kg. par jour.

EXEMPLE D'UNE STATISTIQUE DE L'ACTIVITÉ DE TROIS ÉQUIPES  
CHIRURGICALES DURANT LES CAMPAGNES D'ITALIE  
ET DE FRANCE 1944-1945

*H.C. 421 — (Bolot, Seror, Zwillingier, puis Perrotin)*5,000 interventions par trois équipes chirurgicales — blessés reçus entre la 2<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> heure après leur blessure — bon traitement du choc — pénicilline et sulfamides utilisés.

CATÉGORIES	Blessés opérés	Décès à la formation
Abdomens.....	119	25
Thorax, temps pariétal.....	184	0
Thorax, temps pleuro-pulmonaire.....	83	15
Tête, parties molles.....	57	1
Cou dont 5 avec lésions viscérales.....	40	1
Crânes.....	54	10
Moelle épinière.....	8	4
Membres supérieurs.....	1,133	6
Membres inférieurs.....	1,853	11
Troncs.....	341	4
Brûlés.....	73	1
Gangrène gazeuse.....	17	4

Quelques blessés très graves par explosion de mines (Col de la Schlucht, très miné) — Bazooka.

*Activité :*

En 12 jours (décembre 1944) cinq équipes chirurgicales des 421-414 ont reçu 1,250 blessés et opéré 950 hommes ; une équipe en a opéré 236 ; une équipe en a opéré 218.

*Exemple des anesthésies utilisées à la première armée :*

Pentothal.....	31%
Pentothal-éther.....	18%
Pentothal-protoxyde.....	19%
Protoxyde-éther.....	24%
Protoxyde.....	4%
Locale.....	2%
Kélène.....	2%

3,000 interventions dans un H.C. en Italie, corps expéditionnaire et dans un H.E. en France-Allemagne — 1<sup>re</sup> armée, sans un seul décès anesthésique.

Médecin-commandant PASQUIÉ.

#### QUELQUES RÉFLEXIONS ET CONSEILS PRATIQUES DE CHIRURGIE DE GUERRE

Puis-je me permettre d'enfreindre un peu les consignes de Fèvre et de noter ici quelques notions qu'il me paraît important de retenir. On revient toujours à ses premières amours... et moi à la chirurgie.

##### A) Causes principales des bons résultats obtenus à la 1<sup>re</sup> armée.

1° Relève et évacuation rapides des blessés. C'est affaire de moyens comme le disait ici dernièrement, très justement, le médecin-colonel Chavialle.

C'est plus aisé dans la guerre de mouvement et surtout quand on avance.

2° Réanimation-transfusion, dont il faut prévoir à l'avance le matériel standardisé et les équipes spécialisées.

3° Large usage des sulfamides et de la pénicilline.

4° Travail en équipe et excellent « rodage » des équipes chirurgicales, en particulier de celles qui avaient subi un entraînement préalable dans les formations américaines. (*Væ soli !*)

5° Valeur et dévouement exceptionnels de tout le personnel, composé, comme toute la 1<sup>re</sup> armée d'ailleurs, de volontaires.

6° Bonnes anesthésies. Le pentothal américain a été très largement employé, ainsi que les anesthésies en circuit fermé. Il nous faut avoir les appareils nécessaires, du genre de l'Heidbrink des U. S. A. (Je sais d'ailleurs que c'est prévu, ayant fait récemment partie d'une Commission qui s'en occupe.)

7° Les équipes de spécialité de la 1<sup>re</sup> armée (neuro-chirurgie et maxillo-faciaux) ont fonctionné à la perfection.

### B) Quelques critiques.

1° *Multiplication, trop souvent excessive, en cascade, des étapes d'évacuation, en particulier pour les fractures*, lesquelles, après un traitement immédiat correct, doivent être immobilisées de préférence sous plâtre et évacuées d'emblée sur de grands centres de fractures, bien outillés, assez éloignés pour que les blessés puissent y rester jusqu'au voisinage de leur guérison. D'ailleurs je suis d'avis que *toute la question des évacuations est à reprendre dans son ensemble et à codifier*, du point de vue des différentes variétés de blessés, en particulier.

2° *Évacuations trop précoces, de beaucoup de plaies de l'abdomen opérées*. De même pour les *thorax opérés*, évacués souvent trop tôt après l'intervention. *L'aviation sanitaire (Mengen) s'est plainte de transporter trop souvent des moribonds, qui succombaient en cours de route*.

3° *Sous le prétexte d'excisions indispensables, des exérèses excessives de peau et aussi de squelette dans les fractures ouvertes*, ont été effectuées.

4° *Il faut absolument proscrire les amputations à section plane*, les ignobles « saucissons » et employer, en règle générale, la méthode circulaire à fente latérale.

### C) Quelques conseils.

1° *N'opérer à l'extrême avant (bataillons médicaux) que les blessés les plus graves, en danger de mort immédiate* et évacuer les autres d'emblée assez loin, dans de grandes formations bien outillées. C'est à l'extrême avant que doivent être placés les meilleurs chirurgiens : ils y sauveront des vies humaines.

2° *Ne pas étendre les indications des sutures primitives hermétiques* (surtout chez les blessés graves et chez ceux qu'on ne pourra pas surveiller très attentivement), mêmes effectuées sous le couvert des sulfamides. J'ai déjà rompu des lances autrefois à ce sujet ; je crois avoir été entendu ; il y a eu très peu de gangrènes gazeuses à la 1<sup>re</sup> armée.

3° *Il n'y a pas de travail en équipe sans amitié*. Il convient, dès le temps de paix, de prévoir, de constituer et d'entraîner des équipes spécialisées homogènes, lesquelles seront groupées en tenant compte des désirs formulés par leurs différents éléments, aussi bien pour la chirurgie, les spécialités, que pour la réanimation . . . , etc.

Du fait d'une occasion fortuite, qui m'a permis dès avant 1939, de faire affecter d'avance à ma formation, deux chefs d'équipe qui étaient d'anciens élèves et des amis à moi, j'ai la certitude d'avoir heureusement modifié et augmenté infiniment la valeur technique et le rendement de mon autochir (A. C. L. 403 — en 1939-40), de même que son esprit d'équipe, son tonus et sa cohésion.

FIN

Je parviens à la fin de cette Conférence, où j'ai bien peu dit de ce que j'aurais aimé vous dire. Puissai-je seulement vous avoir fait vivre



un moment de la vie de cette magnifique 1<sup>re</sup> armée française de 1945, c'est là ma seule ambition : jamais la France, dans sa longue histoire n'en a connu de plus belle ; je ne pense pas qu'à l'avenir elle puisse en avoir de meilleure !

Le Service de santé fut digne de cette armée. Je ne crois pas qu'il ait humainement pu faire plus et mieux pour les blessés qui lui furent confiés et qu'il ait pu en sauver un plus grand nombre. On a beaucoup moins entendu parler de la chirurgie exécutée à la 1<sup>re</sup> armée et des succès, que de ceux des armées alliées, plus richement dotées en moyens de toute sorte... y compris la propagande. Je pense que ce fut affaire de discrétion et de modestie de notre part : nos résultats, enregistrés par la statistique, ont égalé et parfois surpassé les meilleurs.

Et maintenant que je me confie sans doute pour toujours, non sans quelque mélancolie, dans mon rôle de chirurgien civil, je pense aux nouvelles générations qui montent et je leur souhaite bonne chance. Elles prendront éventuellement notre place aux armées et je me propose de faire mienne cette belle pensée : « que l'homme le plus âgé ne songe point à soi, mais qu'il aime le plus jeune pour l'amour de ce qu'il lui lègue » ; elle est de Richard Wagner, mais je ne puis terminer cette séance par la citation d'un Allemand, fut-il de génie ; ce serait une gageure : « Ils » se sont cette fois déshonorés. Je préfère rappeler une fois encore la classique image de Lucrèce, un peu usée, mais si belle, du flambeau, que je veux ce soir transmettre à des mains plus jeunes :

« Augescunt aliæ gentes, aliæ minuntur

Inque brevi spatio mutantur sæcla animatum

Et quasi cursores vitæ lampada tradunt. »

(Fait singulier, ce passage se trouve dans la partie du Livre II du poète-philosophe, où il s'essaie à montrer le *mouvement des atomes*... déjà, mais pas encore leur désintégration !)

Mais peut-on citer encore Lucrèce à une époque aussi durement réaliste que la nôtre et où la poitrine et le ventre l'emportent de beaucoup sur la tête ?

Nous ne ressemblons guère aux Athéniens du Grand siècle ; nous ne célébrons plus de fêtes en l'honneur d'Hépahistos et de Prométhée, ... à moins qu'on ne considère comme un hommage à la divinité l'anéantissement des maisons et des hommes, par le fer et par le feu !

Aussi est-ce sur une idée toute simple, sur un vœu, que je voudrais conclure.

Puisque la France meurtrie, que d'aucuns se plaisaient à dire depuis longtemps en plein déclin, a pu, au bord même de l'abîme, mettre sur pied une telle armée, grouper de pareils hommes, qui ont réalisé dans la meilleure tradition d'un glorieux passé, de pareils hauts-faits, pourquoi... oui pourquoi faut-il toujours attendre des circonstances aussi tragiques pour réaliser, enfin, le rassemblement de toutes les bonnes volontés, l'union, la cohésion de tous les Français ?

*Rem militarem... et argute loqui !* : la vieille tare des Gaulois soulignée par César serait-elle incurable ? Les Français seraient-ils in-



capables, dès le temps de paix, d'oublier leurs chicanes, de taire leurs dissentiments, de cesser leurs querelles, de réfréner leur hargne, de s'unir enfin, pour sauver résolument notre patrie magnifique, pleine encore de ressources... et de vertus cachées et qui demeure un sujet d'admiration... et d'envie aussi, pour tant d'autres peuples du monde?

La France en vaut bien la peine !

Que vivent le souvenir et l'exemple de la 1<sup>re</sup> armée française, glorieuse et victorieuse, de l'armée *Rhin et Danube*.

VIVE LA FRANCE !

---